Catálogo de
Medicamentos

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS

Brasília – DF 2019
1ª Versão

© 2018 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra são da área técnica.

A coleção institucional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pode ser acessada, na integra, no endereço saude.df.gov.br

Elaboração, distribuição e informações:
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL –
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Áreas Isoladas Norte – SAIN, Edifício Sede, Bloco A Térreo, Subsolo sala 126.
70086-900, Brasília - DF
Home page: saude.df.gov.br

Elaboração:
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF)

Colaboração:
Lydiana D'Antonio Marcolino
Polyanna de Freitas Silva
Suelen Santiago Mariath
Tacyara Diniz

Revisão Final:
Lydiana D'Antonio Marcolino – Farmacêutica, Diretora de Assistência Farmacêutica/CATES/SAIS/SES
Lauanda Amorim Pinto – Enfermeira, Assessoria Técnica/SAIS/SES

Produção Editorial
Capa, projeto gráfico e diagramação: Danielle Freire – Ascom/SES

Ficha Catalográfica

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.
Catálogo de Medicamentos/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Coordenação. – 1. Ed. – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019.

XX p. (Normas e manuais técnicos)
ISBN XXX-XX-XXX-XXXX-X

1. Manuais. 2. Catálogo de Medicamentos. NLW XX XXX

INTRODUÇÃO

O constante surgimento de novos medicamentos no mercado exige cuidado na seleção desses produtos, de modo a assistir os pacientes com segurança e qualidade. Após a seleção, a programação e a aquisição são as etapas cruciais na garantia do atendimento aos pacientes, tendo em vista que podem impactar diretamente no abastecimento da rede.

Na fase de aquisição, um dos fatores mais críticos é a especificação dos produtos. Por isso, é importante seguir uma padronização nessas especificações, pois quaisquer divergências podem impactar no atendimento do paciente.

A especificação dos medicamentos de compra regular da SES-DF atende ao princípio da padronização, conforme prevê na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a qual institui as normas para licitação, conforme os seguintes artigos:

> "Art. 14. Nenhuma compra será feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para seu pagamento, sob pena de nulidade do ato e responsabilidade de quem lhe tiver dado causa.
>
> Art. 15. As compras, sempre que possível, deverão: (Regulamento) I - atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas".

O Catálogo de Medicamentos foi elaborado de modo a permitir a correta caracterização dos medicamentos. Os itens incluídos no catálogo se referem aos medicamentos, definidos pela Lei nº 5.991/73 como: "produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa, ou para fins de diagnóstico".

É composto pelos medicamentos da Relação de Medicamentos Padronizados do DF (REME-DF) sobre os quais a DIASF detém competências técnicas nos processos de aquisição. Desta forma, não foram incluídos os medicamentos manipulados, os cadastrados para compra eventual, os de compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

O Catálogo foi desenvolvido de forma multidisciplinar com a participação das áreas técnicas desta Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, organizado por em ordem alfabética, com ficha padrão, conforme Norma Zero, estabelecida por esta Secretaria de Saúde: descrição do objeto, códigos SES e BR, informações extras para justificativa da contratação, forma de apresentação, documentações legais necessárias e outras informações pertinentes para a aquisição, protocolos de avaliação, indicação do parecerista responsável pela análise técnica, com a respectiva classificação dos níveis de Atenção à Saúde que utilizam cada um dos materiais e índice de criticidade do objeto.

Cabe destacar que como ferramenta norteadora para avaliação da prioridade nos processos de aquisição, foi utilizado o Método de Criticidade – XYZ, o qual avalia quanto o item é imprescindível para a continuidade da assistência conforme definição abaixo:

- Itens classificados como Z - a falta causará interrupção nos processos assistenciais e não têm substitutos;
- Itens classificados como Y - a falta não acarretará efeitos a curto prazo, são itens importantes, mas sua falta não interfere nos processos caso haja substituto compatível;
- Itens classificados como X - os demais que não se enquadram nas descrições acima.

No entanto, há de se considerar que o abastecimento regular implica na aquisição do rol dos itens padronizados na SES-DF e, ainda, que a classificação pode variar dependendo de fatores como sazonalidade, substitutos, incorporação de novos itens, implementação de novos serviços, dentre outros.

Ao longo do catálogo, serão aplicadas as seguintes legendas, de modo a classificar os níveis de Atenção à Saúde:

AB: Atenção Básica;

MC: Média Complexidade;

CE: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

HO: Hospitalar.

Ressaltamos ainda que a Revisão e atualização deste Catálogo ocorrerá de forma periódica, coordenada pela Comissão Central de Farmácia e Terapêutica(CCFT) da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACETAZOLAMIDA COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90393	278283	N/A		x		
Descrição Completa	ACETAZOLAMIDA COMPRIMIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACICLOVIR (SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 250 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90870	268374	N/A		X		
Descrição Completa	ACICLOVIR (SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 250 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90869	268370	N/A	X	X		
Descrição Completa	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ACICLOVIR POMADA OFTALMICA 0,03 G/G BISNAGA 4,5 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20833	268373	N/A	X	X		
Descrição Completa	ACICLOVIR POMADA OFTALMICA 0,03 G/G BISNAGA 4,5 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90060	267502	N/A	X	X		
Descrição Completa	ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90527	271687	N/A		X		
Descrição Completa	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO FOLICO COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90520	267503	N/A	X	X		
Descrição Completa	ACIDO FOLICO COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO FÓLICO SOLUÇÃO ORAL 0,2 MG/ML FRASCO 30 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31271	278489	N/A	X			
Descrição Completa	ACIDO FÓLICO SOLUÇÃO ORAL 0,2 MG/ML FRASCO 30 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTIT IMEDIAUTOTO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ACIDO POLIACRILICO GEL LIQUIDO OFTALMICO 2 MG/G OU 3 MG/G BISNAGA 10 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90342	279338	N/A		X		
Descrição Completa	ACIDO POLIACRILICO GEL LIQUIDO OFTALMICO 2 MG/G OU 3 MG/G BISNAGA 10 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO TRANEXAMICO COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90534	278338	N/A		X		
Descrição Completa	ACIDO TRANEXAMICO COMPRIMIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ACIDO TRANEXAMICO SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90533	327566	N/A		X		

Descrição Completa	ACIDO TRANEXAMICO SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG PO LIOFILIZADO OU SOLUÇAO INJETAVEL FRASCO OU FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90274	338411	N/A		X		
Descrição Completa	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG PO LIOFILIZADO OU SOLUÇAO INJETAVEL FRASCO OU FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACIDO ZOLEDRONICO SOLUÇAO INJETAVEL 5MG/100ML FRASCO 100ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10349	356051	N/A				X
Descrição Completa	ACIDO ZOLEDRONICO SOLUÇAO INJETAVEL 5MG/100ML FRASCO 100ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ACITRETINA CAPSULA 10MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
1068	356051	N/A			X	
Descrição Completa	ACITRETINA CAPSULA 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ACITRETINA CAPSULA 25MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
1069	308718	N/A			X	
Descrição Completa	ACITRETINA CAPSULA 25MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ADALIMUMABE SOLUÇAO INJETAVEL 40MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19578	290058	N/A			X	
Descrição Completa	ADALIMUMABE SOLUÇAO INJETAVEL 40MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ADENOSINA SOLUCAO INJETAVEL 3 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
4980	278281	N/A		X		
Descrição Completa	ADENOSINA SOLUCAO INJETAVEL 3 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AGUA PARA INJETAVEIS AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90580	276839	N/A	X	X		
Descrição Completa	AGUA PARA INJETAVEIS AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90581	276839	N/A		X		
Descrição Completa	AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 500 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90954	276839	N/A	X	X		
Descrição Completa	AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 500 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALBENDAZOL COMPRIMIDO MASTIGAVEL 400 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90014	267506	N/A	X	X		
Descrição Completa	ALBENDAZOL COMPRIMIDO MASTIGAVEL 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALBENDAZOL SUSPENSAO ORAL 40 MG/ML FRASCO 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90088	267507	N/A	X	X		
Descrição Completa	ALBENDAZOL SUSPENSAO ORAL 40 MG/ML FRASCO 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ALBUMINA HUMANA SOLUÇAO INJETAVEL 20 % FRASCO AMPOLA OU BOLSA 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90621	268376	N/A		X		

Descrição Completa	ALBUMINA HUMANA SOLUÇAO INJETAVEL 20 % FRASCO AMPOLA OU BOLSA 50 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALCOOL ETILICO SOLUÇAO 70% (P/P) INPM 70 (77º GL) FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25170	269941	N/A	X	X		
Descrição Completa	ALCOOL ETILICO SOLUÇAO 70% (P/P) INPM 70 (77º GL) FRASCO 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ALCOOL GEL A 70% FRASCO COM TAMPA ACOPLADA 85 A 100G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
32429	380018	N/A		X		
Descrição Completa	ALCOOL GEL 70% FRASCO COM TAMPA ACOPLADA 85 a 100G. Aplicação: higienização das mãos. Características adicionais: com emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele. Não possuir composto de fósforo ou fosfato. Não deixar resíduos na pele ou fragrância persistentes após o uso. Possuir tampa de fácil abertura, acoplada ao frasco, com fechamento que não permita vazamento do produto durante todo o consumo.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALCOOL GEL 70% FRASCO 400G A 500G VALVULA “PUMP”					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
32430	380018	N/A		X		
Descrição Completa	ALCOOL GEL 70% FRASCO 400G a 500G VALVULA “PUMP”. Aplicação: higienização das mãos Características adicionais: com emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele. Não possuir composto de fósforo ou fosfato. Não deixar resíduos na pele ou fragrância persistentes após o uso. Possuir tampa de dispensação em forma de “pump” (acionamento por pressão manual no bico). O frasco deve ser rígido o suficiente e não amasse durante o acionamento da válvula de dispensação.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALENDRONATO SODICO COMPRIMIDO 70 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
17809	269462	N/A	X			
Descrição Completa	ALENDRONATO SODICO COMPRIMIDO 70 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFA 1 ANTITRIPSINA 1000 MG INJETÁVEL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
202318	370560	N/A		X		
Descrição Completa	ALFA 1 ANTITRIPSINA 1000 MG INJETÁVEL					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFACORIOGONADOTROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 250 MCG CANETA OU SERINGA PREENCHIDA 0,5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21045	275651	N/A		X		
Descrição Completa	ALFACORIOGONADOTROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 250 MCG CANETA OU SERINGA PREENCHIDA 0,5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFADORNASE SOLUCAO PARA INALACAO 1MG/ML AMPOLA 2,5ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
2317	2727887	N/A			X	
Descrição Completa	ALFADORNASE SOLUCAO PARA INALACAO 1MG/ML AMPOLA 2,5ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFAEPOETINA SOLUÇAO INJETAVEL 10.000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21684	449015	N/A				
Descrição Completa	ALFAEPOETINA SOLUÇAO INJETAVEL 10.000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFAEPOETINA SOLUÇAO INJETAVEL 4000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21684	449015	N/A		X	X	
Descrição Completa	ALFAEPOETINA SOLUÇAO INJETAVEL 4000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFAFOLITROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 300 UI APLICADOR PREENCHIDO 0,5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25196	448624	N/A		X		
Descrição Completa	ALFAFOLITROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 300 UI APLICADOR PREENCHIDO 0,5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALFAINTERFERONA 2B INJETAVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
6417	266765	N/A				X
Descrição Completa	ALFAINTERFERONA 2B INJETAVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ALFATIROTROPINA PO LIOFILO INJETAVEL 1,1 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24328	434166, 446296	N/A				X
Descrição Completa	ALFATIROTROPINA PO LIOFILO INJETAVEL 1,1 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ALFENTANILA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90976	268378	N/A		X		
Descrição Completa	ALFENTANILA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALOPURINOL COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90210	267508	N/A	X	X		
Descrição Completa	ALOPURINOL COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALOPURINOL COMPRIMIDO 300 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
2280	267509	N/A	X	X		
Descrição Completa	ALOPURINOL COMPRIMIDO 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALPROSTADIL PO LIOFILIZADO OU SOLUÇAO INJETAVEL 20MCG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90279	268380	N/A		X		
Descrição Completa	ALPROSTADIL PO LIOFILIZADO OU SOLUÇAO INJETAVEL 20MCG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ALPROSTADIL SOLUCAO INJETAVEL 500 MCG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90957	333142	N/A		X		
Descrição Completa	ALPROSTADIL SOLUCAO INJETAVEL 500 MCG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ALTEPLASE PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90980	436418	N/A		X		
Descrição Completa	ALTEPLASE PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMANTADINA COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
13803	268079	N/A			X	
Descrição Completa	AMANTADINA COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	AMBROXOL XAROPE 3 MG/ML FRASCO 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90172	446264	N/A		X		
Descrição Completa	AMBROXOL XAROPE 3 MG/ML FRASCO 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	AMBROXOL XAROPE 6 MG/ML FRASCO 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90171	446263	N/A		X		
Descrição Completa	AMBROXOL XAROPE 6 MG/ML FRASCO 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMICACINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 250 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31939	268381	N/A		X		
Descrição Completa	AMICACINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 250 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMICACINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90890	268383	N/A		X		
Descrição Completa	AMICACINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMIDO HIDROXIETILICO SOLUÇAO COLOIDE INJETAVEL 6% BOLSA OU FRASCO 500ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21041	393846	N/A		X		
Descrição Completa	AMIDO HIDROXIETILICO SOLUÇAO COLOIDE INJETAVEL 6% BOLSA OU FRASCO 500ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: hetamido, composição poli(0-2 hidroxietil) amido + cloreto de sódio, concentração solução à 6% - 130/0,4 - forma farmacêutica solução injetável, característica adicional em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	AMINOFILINA COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90150	267511	N/A		X		
Descrição Completa	AMINOFILINA COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMIODARONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90300	267510	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMIODARONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 200 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMIODARONA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90301	271710	N/A		X		
Descrição Completa	AMIODARONA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMITRIPTILINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90100	267512	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMITRIPTILINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO PO P/ SUSP ORAL 50 MG/ML + 12,5 MG/ML FRASCO 75 OU 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90702	448841	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO PO P/ SUSP ORAL 50 MG/ML + 12,5 MG/ML FRASCO 75 OU 100 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG +125MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90703	271217	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG +125MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMOXICILINA CAPSULA OU COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90895	271089	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMOXICILINA CAPSULA OU COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMOXICILINA PO PARA SUSPENSAO ORAL 250 MG/5ML FRASCO 150 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90896	271111	N/A	X	X		
Descrição Completa	AMOXICILINA PO PARA SUSPENSAO ORAL 250 MG/5ML FRASCO 150 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMPICILINA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90881	267515	N/A		X		
Descrição Completa	AMPICILINA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AMPICILINA + SULBACTAM PO PARA SOLUCAO INJETAVEL (2000 MG + 1000 MG)/FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90302	442689	N/A		X		
Descrição Completa	AMPICILINA + SULBACTAM PO PARA SOLUCAO INJETAVEL (2000 MG + 1000 MG)/FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANALOGO DE INSULINA HUMANA DE AÇAO ULTRA RAPIDA SOLUÇAO INJETAVEL 100 UI/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90714	440255 e outros	N/A		X	X	X
Descrição Completa	ANALOGO DE INSULINA HUMANA DE AÇAO ULTRA RAPIDA SOLUÇAO INJETAVEL 100 UI/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANASTROZOL COMPRIMIDO 1 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90173	278348	N/A			X	
Descrição Completa	ANASTROZOL COMPRIMIDO 1 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANFOTERICINA B (COMPLEXO LIPIDICO) SUSPENSÃO INJETAVEL 100MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
202410	332888	N/A		X		
Descrição Completa	ANFOTERICINA B (COMPLEXO LIPIDICO) SUSPENSÃO INJETAVEL 100MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANFOTERICINA B (LIPOSSOMAL) PÓ LIOFILIZADO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90367	268394	N/A		X		
Descrição Completa	ANFOTERICINA B (LIPOSSOMAL) PÓ LIOFILIZADO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANFOTERICINA B PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90922	268395	N/A		X		
Descrição Completa	ANFOTERICINA B PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANIDULAFUNGINA PO LIOFILO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21685	379002	N/A		X		
Descrição Completa	ANIDULAFUNGINA PO LIOFILO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ANLODIPINO (BESILATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8551	268896	N/A	X	X		
Descrição Completa	ANLODIPINO (BESILATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ANLODIPINO (BESILATO) COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18458	272434	N/A	X	X		

Descrição Completa	ANLODIPINO (BESILATO) COMPRIMIDO 5 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ATENOLOL COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21013	267518	N/A	X	X		
Descrição Completa	ATENOLOL COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ATENOLOL COMPRIMIDO 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90188	267517	N/A	X	X		
Descrição Completa	ATENOLOL COMPRIMIDO 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ATORVASTATINA COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
4383	268080	N/A			X	
Descrição Completa	ATORVASTATINA COMPRIMIDO 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ATORVASTATINA COMPRIMIDO 20MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8820	268081	N/A			X	
Descrição Completa	ATORVASTATINA COMPRIMIDO 20MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ATRACURIO (BESILATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 2,5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90220	268396	N/A		X		
Descrição Completa	ATRACURIO (BESILATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 2,5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ATROPINA (SULFATO) SOLUÇAO OFTALMICA 1 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90841	271051	N/A		X		X

Descrição Completa	ATROPINA (SULFATO) SOLUÇAO OFTALMICA 1 % FRASCO 5 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AZATIOPRINA COMPRIMIDO 50MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90770	268083	N/A		X	X	
Descrição Completa	AZATIOPRINA COMPRIMIDO 50MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	AZITROMICINA COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90106	267140	N/A	X	X		
Descrição Completa	AZITROMICINA COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	AZITROMICINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90259	268952	N/A		X		
Descrição Completa	AZITROMICINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	AZITROMICINA PO PARA SUSPENSAO ORAL COM 900 MG PARA PREPARO DE SUSPENSAO DE 40 MG/ML FRASCO 22,5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
268949	268949	N/A	X	X		
Descrição Completa	AZITROMICINA PO PARA SUSPENSAO ORAL COM 900 MG PARA PREPARO DE SUSPENSAO DE 40 MG/ML FRASCO 22,5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BACLOFENO COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90327	271746	N/A		X		X
Descrição Completa	BACLOFENO COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY NASAL 50 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25471	267582	N/A	X	X		

Descrição Completa	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY NASAL 50 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY ORAL 200 MCG/DOSE OU 250MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90092	267581	N/A				
Descrição Completa	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY ORAL 200 MCG/DOSE OU 250MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY ORAL 50MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
27680	BR0346586	N/A	X			
Descrição Completa	BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY ORAL 50MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 600.000 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90874	270613	N/A	X	X		
Descrição Completa	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 600.000 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSÃO INJETAVEL 1.200.000 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33608	270612	N/A	X	X		
Descrição Completa	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSÃO INJETAVEL 1.200.000 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BENZILPENICILINA BENZATINA SUSPENSÃO INJETAVEL 1.200.000 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33609	270612	N/A	X	X		
Descrição Completa	BENZILPENICILINA BENZATINA SUSPENSÃO INJETAVEL 1.200.000 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BENZILPENICILINA POTASSICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA COM CAPACIDADE PARA 10 ML DE DILUENTE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90876	270616	N/A		X		
Descrição Completa	BENZILPENICILINA POTASSICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA COM CAPACIDADE PARA 10 ML DE DILUENTE					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BENZILPENICILINA PROCAINA + POTASSICA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 300.000 + 100.000 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90878	270614	N/A	X	X		
Descrição Completa	BENZILPENICILINA PROCAINA + POTASSICA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 300.000 + 100.000 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BETAFOLITROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 300 UI CARPULE 0,480 ML + 6 AGULHAS PARA INJEÇAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25195	402531	N/A		X		
Descrição Completa	BETAFOLITROPINA SOLUÇAO INJETAVEL 300 UI CARPULE 0,480 ML + 6 AGULHAS PARA INJEÇAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BETAMETASONA (ACETATO + FOSFATO) SUSPENSAO INJETAVEL (3 MG + 3 MG)/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90094	270597	N/A		X		
Descrição Completa	BETAMETASONA (ACETATO + FOSFATO) SUSPENSAO INJETAVEL (3 MG + 3 MG)/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BETAMETASONA (VALERATO) CREME 0,1 % BISNAGA 30 G					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90640	448603	N/A		X		
Descrição Completa	BETAMETASONA (VALERATO) CREME 0,1 % BISNAGA 30 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BEZAFIBRATO COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA 400MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
13812	308729	N/A			X	
Descrição Completa	BEZAFIBRATO COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA 400MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BEZAFIBRATO DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7536	267077	N/A			X	
Descrição Completa	BEZAFIBRATO DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BICALUTAMIDA COMPRIMIDO 50MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90786	271761	N/A			X	
Descrição Completa	BICALUTAMIDA COMPRIMIDO 50MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BICARBONATO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90550	268222	N/A		X		
Descrição Completa	BICARBONATO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BICARBONATO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) FRASCO 250 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90551	268222	N/A		X		
Descrição Completa	BICARBONATO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) FRASCO 250 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BIPERIDENO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 2 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90090	270140	N/A	X	X		
Descrição Completa	BIPERIDENO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 2 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BIPERIDENO SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90339	396604	N/A		X		
Descrição Completa	BIPERIDENO SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BISACODIL DRAGEA 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90500	269603	N/A		X		
Descrição Completa	BISACODIL DRAGEA 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BLEOMICINA (SULFATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 15 U FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90792	398707	N/A		X		
Descrição Completa	BLEOMICINA (SULFATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 15 U FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BOSENTANA COMPRIMIDO REVESTIDO 125 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
201482	280115	N/A		X	X	
Descrição Completa	BOSENTANA COMPRIMIDO REVESTIDO 125 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BOSENTANA COMPRIMIDO REVESTIDO 62,5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
201757	280116	N/A		X	X	
Descrição Completa	BOSENTANA COMPRIMIDO REVESTIDO 62,5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BRIMONIDINA (TARTARATO) SOLUCAO OFTALMICA 0,2 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10325	268352	N/A			X	
Descrição Completa	BRIMONIDINA (TARTARATO) SOLUCAO OFTALMICA 0,2 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	BRINZOLAMIDA 10MG/ML SUSPENSAO OFTALMICA FRASCO 5ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19993	353418	N/A			X	

Descrição Completa	BRINZOLAMIDA 10MG/ML SUSPENSAO OFTALMICA FRASCO 5ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BROMETO DE N BUTIL-ESCOPOLAMINA COMPRIMIDO OU DRAGEA 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90462	267283	N/A		X		
Descrição Completa	BROMETO DE N BUTIL-ESCOPOLAMINA COMPRIMIDO OU DRAGEA 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BROMETO DE N BUTIL-ESCOPOLAMINA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90461	267282	N/A	X	X		
Descrição Completa	BROMETO DE N BUTIL-ESCOPOLAMINA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BROMOPRIDA CAPSULA OU COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90297	269954	N/A	X	X		
Descrição Completa	BROMOPRIDA CAPSULA OU COMPRIMIDO 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BROMOPRIDA SOLUCAO INJETAVEL 5MG/ML AMPOLA 2ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90255	269958	N/A	X	X		
Descrição Completa	BROMOPRIDA SOLUCAO INJETAVEL 5MG/ML AMPOLA 2ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BUDESONIDA AEROSSOL NASAL 32MCG/DOSE FRASCO 120 DOSES COM VALVULA DOSIFICADORA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
604	266706	N/A	X	X		
Descrição Completa	BUDESONIDA AEROSSOL NASAL 32MCG/DOSE FRASCO 120 DOSES COM VALVULA DOSIFICADORA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BUPIVACAINA (CLORIDRATO) + GLICOSE SOLUCAO INJETAVEL (5 MG + 80 MG)/ML AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90020		N/A		X		
Descrição Completa	BUPIVACAINA (CLORIDRATO) + GLICOSE SOLUCAO INJETAVEL (5 MG + 80 MG)/ML AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	BUPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90021	269574	N/A		X		
Descrição Completa	BUPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CABERGOLINA COMPRIMIDO 0,5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
607	268084	N/A		x	x	
Descrição Completa	CABERGOLINA COMPRIMIDO 0,5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CALCITONINA SINTETICA DE SALMAO 200UI/DOSE FRASCO SPRAY NASAL 2,0ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
609	338883	N/A			X	
Descrição Completa	CALCITONINA SINTETICA DE SALMAO 200UI/DOSE FRASCO SPRAY NASAL 2,0ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CALCITRIOL CAPSULA 0,25MCG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19709	271101	N/A			X	

Descrição Completa	CALCITRIOL CAPSULA 0,25MCG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CAPECITABINA COMPRIMIDO REVESTIDO 500 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90268	268403	N/A			X	
Descrição Completa	CAPECITABINA COMPRIMIDO REVESTIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CAPTOPRIL COMPRIMIDO SULCADO 25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90040	267613	N/A	X	X		
Descrição Completa	CAPTOPRIL COMPRIMIDO SULCADO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CAPTOPRIL COMPRIMIDO SULCADO 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90421	267615	N/A		X		
Descrição Completa	CAPTOPRIL COMPRIMIDO SULCADO 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CARBACOL SOLUÇAO OFTALMICA 0,1 MG/ML FRASCO AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90846	282220	N/A		X		
Descrição Completa	CARBACOL SOLUÇAO OFTALMICA 0,1 MG/ML FRASCO AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CARBAMAZEPINA COMPRIMIDO 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90071	267618	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARBAMAZEPINA COMPRIMIDO 200 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARBAMAZEPINA SUSPENSAO ORAL 100 MG/5 ML FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90072	272454	N/A	X	X		

Descrição Completa	CARBAMAZEPINA SUSPENSAO ORAL 100 MG/5 ML FRASCO 100 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CARBONATO DE CALCIO (EQUIVALENTE A 500 OU 600 MG DE CALCIO) + COLECALCIFEROL 400 UI COMPRIMIDO (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21019	396076 448608 448610	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARBONATO DE CALCIO (EQUIVALENTE A 500 OU 600 MG DE CALCIO) + COLECALCIFEROL 400 UI COMPRIMIDO (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CARBONATO DE CALCIO COMPRIMIDO OU DRAGEA (EQUIVALENTE 500MG DE CALCIO) (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11096	270895	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARBONATO DE CALCIO COMPRIMIDO OU DRAGEA (EQUIVALENTE 500MG DE CALCIO) (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARBONATO DE LITIO COMPRIMIDO 300 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90101	267621	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARBONATO DE LITIO COMPRIMIDO 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARBOPLATINA INJETAVEL 450 MG FRASCO - AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90811	270409	N/A		X		

Descrição Completa	CARBOPLATINA INJETAVEL 450 MG FRASCO - AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARVEDILOL COMPRIMIDO 12,5 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
5744	267564	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARVEDILOL COMPRIMIDO 12,5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARVEDILOL COMPRIMIDO 3,125 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19399	267566	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARVEDILOL COMPRIMIDO 3,125 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CARVEDILOL COMPRIMIDO 6,25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90352	267565	N/A	X	X		
Descrição Completa	CARVEDILOL COMPRIMIDO 6,25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CASPOFUNGINA (ACETATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90275	271657	N/A		X		
Descrição Completa	CASPOFUNGINA (ACETATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CASPOFUNGINA (ACETATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 70 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90276	271656	N/A		X		
Descrição Completa	CASPOFUNGINA (ACETATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 70 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CEFALEXINA CAPSULA OU DRAGEA OU COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90884	267625	N/A	X	X		
Descrição Completa	CEFALEXINA CAPSULA OU DRAGEA OU COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CEFALEXINA SUSPENSAO OU PO PARA SUSPENSAO ORAL 50 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90885	331555	N/A	X	X		
Descrição Completa	CEFALEXINA SUSPENSAO OU PO PARA SUSPENSAO ORAL 50 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CEFAZOLINA SODICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90925	442693	N/A		X		

Descrição Completa	CEFAZOLINA SODICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CEFEPIMA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90315	339846	N/A		X		
Descrição Completa	CEFEPIMA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CEFOTAXIMA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90882	268410	N/A		X		
Descrição Completa	CEFOTAXIMA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CEFTAZIDIMA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90888	442694	N/A		X		
Descrição Completa	CEFTAZIDIMA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CEFTRIAXONA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90889	442694	N/A		X		
Descrição Completa	CEFTRIAXONA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1G FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CEFTRIAXONA PÓ P/ SOL INJ 500MG IM FRASCO-AMPOLA + SOLUÇÃO DILUENTE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35709	442703	N/A	X			

Descrição Completa	CEFTRIAXONA PÓ P/ SOL INJ 500MG IM FRASCO-AMPOLA + SOLUÇÃO DILUENTE
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CELECOXIBE CAPSULA 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
17860	268866	N/A	X			
Descrição Completa	CELECOXIBE CAPSULA 200 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CETOCONAZOL CREME 2 % BISNAGA 30 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90292	308736	N/A		x		

Descrição Completa	CETOCONAZOL CREME 2 % BISNAGA 30 G
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CETOCONAZOL XAMPU 2% FRASCO 100 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
31665	271103	N/A	x			
Descrição Completa	CETOCONAZOL XAMPU 2% FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CETOTIFENO SOLUÇAO OFTALMICA 0,25 MG/ML FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20225	340128	N/A	x	x		
Descrição Completa	CETOTIFENO SOLUÇAO OFTALMICA 0,25 MG/ML FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CETRORRELIX (ACETATO) PO LIOFILO INJETAVEL 0,25 MG FRASCO AMPOLA + SERINGA DILUENTE + 2 AGULHAS					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23543	448653	N/A		x		
Descrição Completa	CETRORRELIX (ACETATO) PO LIOFILO INJETAVEL 0,25 MG FRASCO AMPOLA + SERINGA DILUENTE + 2 AGULHAS					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) SOLUÇAO INJETAVEL 1000 MCG AMPOLA 1 ML A ML 2					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90526	341882	N/A	x	x		
Descrição Completa	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) SOLUÇAO INJETAVEL 1000 MCG AMPOLA 1 ML A 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOBENZAPRINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 10 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
18513	282313	N/A	x	x		

Descrição Completa	CICLOBENZAPRINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 10 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO RETARDADA 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90771	448846, 268427	N/A			x	x

Descrição Completa	CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO RETARDADA 50 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOFOSFAMIDA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90812	340148	N/A		x		

Descrição Completa	CICLOFOSFAMIDA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOPENTOLATO SOLUCAO OFTALMICA 1 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90842	272134	N/A		x		
Descrição Completa	CICLOPENTOLATO SOLUCAO OFTALMICA 1 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90964	271107	N/A		x	x	
Descrição Completa	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 25MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90962	271104	N/A		x	x	

Descrição Completa	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 25MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90963	271106	N/A		x	x	

Descrição Completa	CICLOSPORINA CAPSULA PARA MICRO EMULSAO OU MODIFICADA 50 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CICLOSPORINA SOLUÇAO ORAL 100 MG/ML FRASCO 50 MLCOM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90773	271114	N/A		x	x	
Descrição Completa	CICLOSPORINA SOLUÇAO ORAL 100 MG/ML FRASCO 50 MLCOM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CILOSTAZOL COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19062	276378	N/A	x			
Descrição Completa	CILOSTAZOL COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CINACALCETE (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 30 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25336	304788	N/A			x	
Descrição Completa	CINACALCETE (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 30 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CINACALCETE (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 60 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31537	304790	N/A			x	

Descrição Completa	CINACALCETE (CLORIDRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 60 MG (FRASCO OU BLISTER)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CINARIZINA COMPRIMIDO 75 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90362	267629	N/A	x	x		
Descrição Completa	CINARIZINA COMPRIMIDO 75 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CIPROFIBRATO COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
13814	308738	N/A			x	
Descrição Completa	CIPROFIBRATO COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CIPROFLOXACINO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90902	267632	N/A	x	x		
Descrição Completa	CIPROFLOXACINO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CIPROFLOXACINO POMADA OFTALMICA 0,3 % BISNAGA 3,5 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90343	268432	N/A	x	x		
Descrição Completa	CIPROFLOXACINO POMADA OFTALMICA 0,3 % BISNAGA 3,5 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CIPROFLOXACINO SOLUCAO INJETAVEL 200 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10276	292418	N/A		x		
Descrição Completa	CIPROFLOXACINO SOLUCAO INJETAVEL 200 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Informação extra para justificativa da contratação						
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CIPROFLOXACINO SOLUÇAO OFTALMICA 0,3 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90344	268431	N/A	x	x		
Descrição Completa	CIPROFLOXACINO SOLUÇAO OFTALMICA 0,3 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação						
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CIPROTERONA (ACETATO) COMPRIMIDO 50MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
2988	268077	N/A				x
Descrição Completa	CIPROTERONA (ACETATO) COMPRIMIDO 50MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CISATRACURIO (BESILATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90032	340178	N/A		x		
Descrição Completa	CISATRACURIO (BESILATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CISPLATINA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90944	340183	N/A		x		
Descrição Completa	CISPLATINA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CITALOPRAM COMPRIMIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO 20MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5270	272903	N/A			x	

Descrição Completa	CITALOPRAM COMPRIMIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO 20MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CITRATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL PO PARA SUSPENSAO ORAL (500MG + 200UI) SACHE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
12259	BR0357071	N/A				x
Descrição Completa	CITRATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL PO PARA SUSPENSAO ORAL (500MG + 200UI) SACHE					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLINDAMICINA (CLORIDRATO) CAPSULA 300 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90099	268436	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLINDAMICINA (CLORIDRATO) CAPSULA 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLINDAMICINA SOLUCAO INJETAVEL 150 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90104	292419	N/A		x		
Descrição Completa	CLINDAMICINA SOLUCAO INJETAVEL 150 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOBAZAM COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8763	272901	N/A			x	
Descrição Completa	CLOBAZAM COMPRIMIDO 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOMIPRAMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU DRAGEA 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11109	267523	N/A	x	x		

Descrição Completa	CLOMIPRAMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU DRAGEA 10 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOMIPRAMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU DRAGEA 25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90102	267522	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLOMIPRAMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU DRAGEA 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOMIPRAMINA COMPRIMIDO LIBERAÇAO LENTA 75 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90333	272041	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLOMIPRAMINA COMPRIMIDO LIBERAÇAO LENTA 75 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLONAZEPAM COMPRIMIDO 2 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90007	270119	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLONAZEPAM COMPRIMIDO 2 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLONAZEPAM SOLUÇÃO ORAL 2,5 MG/ML FRASCO 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8829	270120	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLONAZEPAM SOLUÇÃO ORAL 2,5 MG/ML FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLONIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 150 MCG AMPOLA DE 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18929	340206	N/A		x		

Descrição Completa	CLONIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 150 MCG AMPOLA DE 1 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOPIDOGREL COMPRIMIDO 75 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90351	272045	N/A		x		x
Descrição Completa	CLOPIDOGREL COMPRIMIDO 75 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLORETO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 10 % (1,34 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90552	267161	N/A		x		

Descrição Completa	CLORETO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 10 % (1,34 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORETO DE POTASSIO SOLUÇAO ORAL 60 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90540	267161	N/A		x		
Descrição Completa	CLORETO DE POTASSIO SOLUÇAO ORAL 60 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO D INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10267	357881	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC.Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve ter graduação volumétrica. A bolsa ou frasco deve ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo.O sítio de conexão de equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento,mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 1000 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10233	268236	N/A		x		
Descrição Completa	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 1000 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10268	357881	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve ter graduação volumétrica. A bolsa ou frasco deve ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo.O sítio de conexão de equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento,mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10269	357881	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve ter graduação volumétrica. A bolsa ou frasco deve ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo.O sítio de conexão de equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento,mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO SOLUÇAO INJETAVEL 20 % (3,4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90555	267574	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLORETO DE SODIO SOLUÇAO INJETAVEL 20 % (3,4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLORETO DE SODIO SOLUÇAO NASAL 9 MG/ML FRASCO 30 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
24505	270020	N/A	x	x		

Descrição Completa	CLORETO DE SODIO SOLUÇAO NASAL 9 MG/ML FRASCO 30 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA 5 MG/ML FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20324	269878	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA 5 MG/ML FRASCO 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 10 MG/ML FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
34535	296990	N/A		x		

Descrição Completa	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 10 MG/ML FRASCO 1000 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLOREXIDINA SOLUCAO DEGERMANTE 40 MG/ML FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20226	269877	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLOREXIDINA SOLUCAO DEGERMANTE 40 MG/ML FRASCO 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90121	267638	N/A	x	x		

Descrição Completa	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 100 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90122	268069	N/A		x		
Descrição Completa	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) SOLUCAO ORAL GOTAS 40 MG/ML FRASCO 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90120	340207	N/A	x	x		
Descrição Completa	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO) SOLUCAO ORAL GOTAS 40 MG/ML FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CLOZAPINA COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
4630	272431	N/A		x	x	
Descrição Completa	CLOZAPINA COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CODEINA (FOSFATO) + PARACETAMOL COMPRIMIDO 30 MG + 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90973	270907	N/A		x		
Descrição Completa	CODEINA (FOSFATO) + PARACETAMOL COMPRIMIDO 30 MG + 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CODEINA (FOSFATO) COMPRIMIDO 30MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
612	272782	N/A		x	x	

Descrição Completa	CODEINA (FOSFATO) COMPRIMIDO 30MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	COLAGENASE POMADA DERMATOLOGICA 0,6 UI/G OU 1,2 UI/G BISNAGA 30 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18561	268958	N/A	x	x		
Descrição Completa	COLAGENASE POMADA DERMATOLOGICA 0,6 UI/G OU 1,2 UI/G BISNAGA 30 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	COLISTIMETATO SODICO PO PARA SOLUCAO INALATORIA E INJETAVEL 1.000.000 UI FRASCO.					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19526	438633	N/A			x	
Descrição Completa	COLISTIMETATO SODICO PO PARA SOLUCAO INALATORIA E INJETAVEL 1.000.000 UI FRASCO.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	COMPLEXO B DRAGEA, CÁPSULA OU COMPRIMIDO CONTENDO, NO MÍNIMO, AS SEGUINTES VITAMINAS E SUAS DOSES MÍNIMAS: B1, 1,2mg; B2, 1,3mg; B3, 16mg; B6, 1,3mg. Deverá conter exclusivamente vitaminas do complexo B					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90529	368499	N/A		x		
Descrição Completa	COMPLEXO B DRAGEA, CÁPSULA OU COMPRIMIDO CONTENDO, NO MÍNIMO, AS SEGUINTES VITAMINAS E SUAS DOSES MÍNIMAS: B1, 1,2mg; B2, 1,3mg; B3, 16mg; B6, 1,3mg. Deverá conter exclusivamente vitaminas do complexo B					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90530	272091	N/A		x		

Descrição Completa	COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	COMPLEXO PROTROMBINICO TOTAL INJETAVEL 500 UI A 600 UI FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8462	450291 ou 450531	N/A		x		
Descrição Completa	COMPLEXO PROTROMBINICO TOTAL INJETAVEL 500 UI A 600 UI FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CONTRASTE A BASE DE ESTER ETILICO DO OLEO DE PAPOULA SOLUÇAO INJETAVEL 48% AMPOLA 10ML (PARA LINFOGRAFIA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
2569	310452	N/A		x		
Descrição Completa	CONTRASTE A BASE DE ESTER ETILICO DO OLEO DE PAPOULA SOLUÇAO INJETAVEL 48% AMPOLA 10ML (PARA LINFOGRAFIA)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CONTRASTE GASTROINTESTINAL A BASE DE SULFATO DE BARIO SUSPENSAO ORAL 1 G/ML FRASCO 150 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90938	448848	N/A		x		
Descrição Completa	CONTRASTE GASTROINTESTINAL A BASE DE SULFATO DE BARIO SUSPENSAO ORAL 1 G/ML FRASCO 150 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	CONTRASTE RADIOLOGICO NAO IONICO A BASE DE SAIS DE GADOLINEO SOLUÇAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
24667	369093	N/A		x		
Descrição Completa	CONTRASTE RADIOLOGICO NAO IONICO A BASE DE SAIS DE GADOLINEO (ACIDO GADOTERICO 0,5 MMOL/ML OU GADOVERSETAMIDA 330,9 MG/ML OU GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA 469 MG/ML OU GADODIAMIDA 287 MG/ML) SOLUÇAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	CONTRASTE RADIOLOGICO NAO IONICO HIPOSMOLAR SOLUÇÃO INJETAVEL TEOR EM IODO DE 300MG/ML A 350 MG/ML FRASCO AMPOLA 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24668	268466	N/A		x		
Descrição Completa	CONTRASTE RADIOLOGICO NAO IONICO HIPOSMOLAR SOLUÇÃO INJETAVEL TEOR EM IODO DE 300MG/ML A 350 MG/ML FRASCO AMPOLA 50 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DACARBAZINA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90783	270438	N/A		x		
Descrição Completa	DACARBAZINA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DANAZOL CÁPSULA 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5720	272473	N/A			x	
Descrição Completa	DANAZOL CÁPSULA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DANTROLENO (SODICO) PO LIOFILO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18875	272475	N/A		x		
Descrição Completa	DANTROLENO (SODICO) PO LIOFILO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DAPTOMICINA PO LIOFILO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23032	373415	N/A		x		
Descrição Completa	DAPTOMICINA PO LIOFILO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DAUNORRUBICINA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90794	270377	N/A		x		

Descrição Completa	DAUNORRUBICINA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 500MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
203384	325837	N/A			x	
Descrição Completa	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 500MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSIVEL 125MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
203386	325838	N/A			x	
Descrição Completa	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSIVEL 125MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 250MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
203385	325836	N/A			x	
Descrição Completa	DEFERASIROX COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 250MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DESFERROXAMINA (MESILATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500MG FRASCO AMPOL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90860	266736	N/A			x	
Descrição Completa	DESFERROXAMINA (MESILATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DESLANOSIDEO SOLUCAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90252	276283	N/A		x		
Descrição Completa	DESLANOSIDEO SOLUCAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DESMOPRESSINA SOLUÇAO INJETAVEL 4MCG/ML AMPOLA 1ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11163	268575	N/A		x		
Descrição Completa	DESMOPRESSINA SOLUÇAO INJETAVEL 4MCG/ML AMPOLA 1ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DESMOPRESSINA SPRAY NASAL 0,1MG/ML FRASCO 2,5ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
2198	268074	N/A		x		
Descrição Completa	DESMOPRESSINA SPRAY NASAL 0,1MG/ML FRASCO 2,5ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DEXAMETASONA (ACETATO) CREME 0,1 % BISNAGA 10 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90105	267643	N/A	x	x		
Descrição Completa	DEXAMETASONA (ACETATO) CREME 0,1 % BISNAGA 10 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DEXAMETASONA COMPRIMIDO 4 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90355	269388	N/A	x	x		
Descrição Completa	DEXAMETASONA COMPRIMIDO 4 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEXAMETASONA SOLUCAO INJETAVEL 4 MG/ML 2,5 ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33711	292427	N/A	x	x		
Descrição Completa	DEXAMETASONA SOLUCAO INJETAVEL 4 MG/ML 2,5 ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEXAMETASONA SUSPENSÃO OFTALMICA 0,1 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20832	267187	N/A	x	x		
Descrição Completa	DEXAMETASONA SUSPENSÃO OFTALMICA 0,1 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) COMPRIMIDO 2 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90760	267645	N/A	x	x		
Descrição Completa	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO) COMPRIMIDO 2 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇAO ORAL EDULCORADA OU XAROPE 2 MG / 5 ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90141	267645	N/A	x	x		

Descrição Completa	DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇAO ORAL EDULCORADA OU XAROPE 2 MG / 5 ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEXMEDETOMIDINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 100MCG/ML FRASCO-AMPOLA 2ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20626	352204	N/A		x		
Descrição Completa	DEXMEDETOMIDINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 100MCG/ML FRASCO-AMPOLA 2ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DEXTROCETAMINA SOLUÇAO INJETAVEL 50MG/ML AMPOLA 2ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**				
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33729	425182	N/A		x		
Descrição Completa	DEXTROCETAMINA SOLUÇAO INJETAVEL 50MG/ML AMPOLA 2ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DIAZEPAM COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90326	267195	N/A	x	x		
Descrição Completa	DIAZEPAM COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DIAZEPAM SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90074	267194	N/A		x		
Descrição Completa	DIAZEPAM SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DICLOFENACO SOLUCAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90191	270999-271003	N/A	x	x		
Descrição Completa	DICLOFENACO SOLUCAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90251	267647	N/A	x	x		
Descrição Completa	DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DIGOXINA ELIXIR 0,05 MG / ML FRASCO 60 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90250	267648	N/A		x		
Descrição Completa	DIGOXINA ELIXIR 0,05 MG / ML FRASCO 60 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DILTIAZEM (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 60 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90159	267568	N/A	x	x		
Descrição Completa	DILTIAZEM (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 60 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (CLORIDRATO) + GLICOSE + FRUTOSE SOLUCAO INJETAV 30 MG +50 MG + 1000 MG + 1000 MG AMPOLA 10 ML EL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90167	272336	N/A	x	x		
Descrição Completa	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (CLORIDRATO) + GLICOSE + FRUTOSE SOLUCAO INJETAVEL 30 MG +50 MG + 1000 MG + 1000 MG AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DIPIRONA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG/ML 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90063	268252	N/A	x	x		
Descrição Completa	DIPIRONA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG/ML 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DIPIRONA SOLUCAO ORAL 500 MG / ML FRASCO 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90062	267205	N/A	x	x		
Descrição Completa	DIPIRONA SOLUCAO ORAL 500 MG / ML FRASCO 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DISSULFIRAM COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21681	272587	N/A				x
Descrição Completa	DISSULFIRAM COMPRIMIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOBUTAMINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 12,5 MG/ML AMPOLA 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90260	268446	N/A		x		
Descrição Completa	DOBUTAMINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 12,5 MG/ML AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOCETAXEL SOLUCAO INJETAVEL 80 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90784	342193	N/A		x		
Descrição Completa	DOCETAXEL SOLUCAO INJETAVEL 80 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DOMPERIDONA COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90253	269962	N/A		x		
Descrição Completa	DOMPERIDONA COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOMPERIDONA SUSPENSAO ORAL 1 MG/ML FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90254	269963	N/A	x	x		
Descrição Completa	DOMPERIDONA SUSPENSAO ORAL 1 MG/ML FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DOPAMINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90261	268960	N/A		x		
Descrição Completa	DOPAMINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DORZOLAMIDA (CLORIDRATO) SOLUCAO OFTALMICA 2 % FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21035	272580	N/A			x	
Descrição Completa	DORZOLAMIDA (CLORIDRATO) SOLUCAO OFTALMICA 2 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOXAZOSINA (MESILATO) COMPRIMIDO 2MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
6365	268493	N/A	x			
Descrição Completa	DOXAZOSINA (MESILATO) COMPRIMIDO 2MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOXAZOSINA (MESILATO) COMPRIMIDO 4MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
17827	268495	N/A	x			
Descrição Completa	DOXAZOSINA (MESILATO) COMPRIMIDO 4MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	DOXICICLINA DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90948	271036	N/A	x	x		
Descrição Completa	DOXICICLINA DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	DOXORRUBICINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90795	268451	N/A		x		
Descrição Completa	DOXORRUBICINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	EFEDRINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90153	287687	N/A		x		
Descrição Completa	EFEDRINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ELTROMBOPAG OLAMINA COMPRIMIDO REVESTIDO 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
28719	410019	N/A			x	
Descrição Completa	ELTROMBOPAG OLAMINA COMPRIMIDO REVESTIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENALAPRIL COMPRIMIDO SULCADO 20 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90423	267652	N/A	x	x		

Descrição Completa	ENALAPRIL COMPRIMIDO SULCADO 20 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ENALAPRIL COMPRIMIDO SULCADO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90422	267650	N/A	x	x		
Descrição Completa	ENALAPRIL COMPRIMIDO SULCADO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90424	448982	N/A		x		

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG SERINGA PREENCHIDA 0,2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90428	448982	N/A		x		
Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG SERINGA PREENCHIDA 0,2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90427	448982	N/A		x		x
Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90426	448982	N/A		x		x

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90425	448982	N/A		x		x

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35694	448982	N/A		x		

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35693	448982	N/A		x		

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35692	448982	N/A		x		

Descrição Completa	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ENTACAPONA COMPRIMIDO REVESTIDO 200 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
623	272653	N/A			x	

Descrição Completa	ENTACAPONA COMPRIMIDO REVESTIDO 200 MG (FRASCO OU BLISTER)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90154	268255	N/A		x		
Descrição Completa	EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	EPIRRUBICINA PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA OU SOLUÇÃO INJETÁVEL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90797	270366	N/A		x		
Descrição Completa	EPIRRUBICINA PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA OU SOLUÇÃO INJETÁVEL					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ERITROMICINA (ESTOLATO) SUSPENSAO ORAL 50 MG/ML FRASCO COM NO MINIMO 60ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24309	269998	N/A	x	x		
Descrição Completa	ERITROMICINA (ESTOLATO) SUSPENSAO ORAL 50 MG/ML FRASCO COM NO MINIMO 60ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ERTAPENEM PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90263	274149	N/A		x		
Descrição Completa	ERTAPENEM PO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ESPIRAMICINA COMPRIMIDO 500 MG (1.500.000 UI)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90323	343494	N/A		x		
Descrição Completa	ESPIRAMICINA COMPRIMIDO 500 MG (1.500.000 UI)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90391	267654	N/A		x		
Descrição Completa	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90390	267653	N/A	x	x		
Descrição Completa	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ESTRIOL CREME VAGINAL 1 MG / G BISNAGA 50 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90132	267208	N/A	x			
Descrição Completa	ESTRIOL CREME VAGINAL 1 MG / G BISNAGA 50 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ETANERCEPTE SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO + DILUENTE 25 MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7762	448657	N/A			x	
Descrição Completa	ETANERCEPTE SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO + DILUENTE 25 MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ETANERCEPTE SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO + DILUENTE 50 MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21833	448702	N/A			x	

Descrição Completa	ETANERCEPTE SOLUÇAO INJETAVEL OU PO LIOFILIZADO + DILUENTE 50 MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ETANOLAMINA (OLEATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90981	282580	N/A		x		
Descrição Completa	ETANOLAMINA (OLEATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ETOMIDATO SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90975	270116	N/A		x		
Descrição Completa	ETOMIDATO SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ETOPOSIDEO SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90803	270372	N/A		x		
Descrição Completa	ETOPOSIDEO SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ETOSSUXIMIDA XAROPE 50MG/ML FRASCO 120ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21686	272792	N/A			x	
Descrição Completa	ETOSSUXIMIDA XAROPE 50MG/ML FRASCO 120ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	EVEROLIMO COMPRIMIDO 0,5MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
13226	369176	N/A		x		
Descrição Completa	EVEROLIMO COMPRIMIDO 0,5MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	EVEROLIMO COMPRIMIDO 1MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
13228	369179	N/A		x		
Descrição Completa	EVEROLIMO COMPRIMIDO 1MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENILEFRINA (CLORIDRATO) SOLUCAO OFTALMICA 10 % FRASCO CONTA-GOTAS 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90843	271790	N/A		X		
Descrição Completa	FENILEFRINA (CLORIDRATO) SOLUCAO OFTALMICA 10 % FRASCO CONTA-GOTAS 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENITOINA COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90075	267657	N/A	X	X		
Descrição Completa	FENITOINA COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FENITOINA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90076	267107	N/A		X		
Descrição Completa	FENITOINA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENOBARBITAL COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90077	267660	N/A	X	X		
Descrição Completa	FENOBARBITAL COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENOBARBITAL SOLUCAO INJETAVEL 200 MG AMPOLA (VIA DE ADMINISTRAÇÃO IV OU IV E IM)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
34750	300722	N/A		X		
Descrição Completa	FENOBARBITAL SOLUCAO INJETAVEL 200 MG AMPOLA (VIA DE ADMINISTRAÇÃO IV OU IV E IM)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENOBARBITAL SOLUCAO ORAL GOTAS 40 MG/ML FRASCO 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90078	300723	N/A	X	X		
Descrição Completa	FENOBARBITAL SOLUCAO ORAL GOTAS 40 MG/ML FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENOTEROL (BROMIDRATO) SOLUÇAO 0,5 % FRASCO 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90155	396471	N/A	X	X		
Descrição Completa	FENOTEROL (BROMIDRATO) SOLUÇAO 0,5 % FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 100 MCG/HORA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19212	271948	N/A		X		X
Descrição Completa	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 100 MCG/HORA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 25 MCG/HORA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
13824		N/A		X		X
Descrição Completa	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 25 MCG/HORA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 50 MCG/HORA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
19211	271949	N/A		X		X
Descrição Completa	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 50 MCG/HORA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENTANILA SOLUCAO INJETAVEL 0,05 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90011	271950	N/A		X		
Descrição Completa	FENTANILA SOLUCAO INJETAVEL 0,05 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FENTANILA SOLUÇAO INJETAVEL 0,05 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90959	271950	N/A		X		
Descrição Completa	FENTANILA SOLUÇAO INJETAVEL 0,05 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FILGRASTIM SOLUCAO INJETAVEL 300MCG SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90969	300412	N/A		X		X
Descrição Completa	FILGRASTIM SOLUCAO INJETAVEL 300MCG SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FINASTERIDA COMPRIMIDO 5MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
21671	275963	N/A	X			
Descrição Completa	FINASTERIDA COMPRIMIDO 5MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 0,2 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
19772	292399	N/A		X		
Descrição Completa	FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUCAO INJETAVEL INTRAVENOSA 10 MG/ML AMPOLA 0,2 ML OU AMPOLA 1,0 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUÇAO INJETAVEL INTRA-MUSCULAR 10 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90528	292399	N/A		X		
Descrição Completa	FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUÇAO INJETAVEL INTRA-MUSCULAR 10 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUCONAZOL CAPSULA 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90161	267661	N/A		X		
Descrição Completa	FLUCONAZOL CAPSULA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FLUCONAZOL CAPSULA 150 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
4350	267662	N/A	X			
Descrição Completa	FLUCONAZOL CAPSULA 150 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUCONAZOL SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10275	271116	N/A		X		
Descrição Completa	FLUCONAZOL SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. A bolsa ou frasco deve conter graduação volumétrica; permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar. Conter um ou dois sítios. Se dois sítios - um autovedável e outro protegido por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo, se um sítio - membrana autovedável. O sítio de conexão do equipo deve ser protegido por membrana e lacre de esterilidade, ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUDARABINA (FOSFATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90945	268509	N/A		x		
Descrição Completa	FLUDARABINA (FOSFATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FLUDROCORTISONA COMPRIMIDO 0,1MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
627	272793	N/A			x	
Descrição Completa	FLUDROCORTISONA COMPRIMIDO 0,1MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUMAZENIL SOLUÇAO INJETAVEL 0,5 MG/ 5ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90863	268510	N/A		x		
Descrição Completa	FLUMAZENIL SOLUÇAO INJETAVEL 0,5 MG/5 ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUNITRAZEPAM COMPRIMIDO 1 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90110	272931	N/A		x		
Descrição Completa	FLUNITRAZEPAM COMPRIMIDO 1 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FLUORURACILA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
203455	268478	N/A		x		
Descrição Completa	FLUORURACILA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FLUORURACILA SOLUÇAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
34675	268478	N/A		x		
Descrição Completa	FLUORURACILA SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUOXETINA COMPRIMIDO OU CAPSULA 20 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90289	273009	N/A	x	x		
Descrição Completa	FLUOXETINA COMPRIMIDO OU CAPSULA 20 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FLUTICASONA (PROPIONATO) AEROSSOL OU SPRAY PARA INALACAO ORAL 50MCG/DOSE FRASCO 120 DOSES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
27683	0334016	N/A	x			
Descrição Completa	FLUTICASONA (PROPIONATO) AEROSSOL OU SPRAY PARA INALACAO ORAL 50MCG/DOSE FRASCO 120 DOSES					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FOLINATO DE CALCIO 50 MG INJETÁVEL FRASCO AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90532	309042	N/A		x		
Descrição Completa	FOLINATO DE CALCIO 50 MG INJETÁVEL FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FOLINATO DE CALCIO CAPSULA OU COMPRIMIDO (EQUIVALENTE 15 MG ACIDO FOLINICO)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90519	268292	N/A	x	x		

Descrição Completa	FOLINATO DE CALCIO CAPSULA OU COMPRIMIDO (EQUIVALENTE 15 MG ACIDO FOLINICO)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FOLITROPINA (ALFA OU BETA) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 75 UI AMPOLA OU FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90223	284839	N/A		x		
Descrição Completa	FOLITROPINA (ALFA OU BETA) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 75 UI AMPOLA OU FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FORMOTEROL (FUMARATO) + BUDESONIDA PO INALANTE (12MCG +400MCG)/DOSE FRASCO COM 60 DOSES COM INALADOR					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
13810	309094	N/A		x	x	
Descrição Completa	FORMOTEROL (FUMARATO) + BUDESONIDA PO INALANTE (12MCG +400MCG)/DOSE FRASCO COM 60 DOSES COM INALADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FORMOTEROL (FUMARATO) +BUDESONIDA PO INALANTE (6MCG +200MCG)/DOSE FRASCO COM 60 DOSES COM INALADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
638	309095	N/A			x	

Descrição Completa	FORMOTEROL (FUMARATO) +BUDESONIDA PO INALANTE (6MCG +200MCG)/DOSE FRASCO COM 60 DOSES COM INALADOR
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FORMOTEROL (FUMARATO) PO INALANTE 12MCG/DOSE CAPSULA + INALADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31580	352408	N/A		x	x	

Descrição Completa	FORMOTEROL (FUMARATO) PO INALANTE 12MCG/DOSE CAPSULA + INALADOR
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FORMOTEROL (FUMARATO) PO INALANTE 12MCG/DOSE FRASCO COM 60 CAPSULAS COM INALADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31580	352408	N/A		x	x	
Descrição Completa	FORMOTEROL (FUMARATO) PO INALANTE 12MCG/DOSE CAPSULA + INALADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FOSFATO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 2 MEQ/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90556	313689	N/A		x		
Descrição Completa	FOSFATO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 2 MEQ/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FOSFATO DE SODIO MONOBASICO + FOSFATO DE SODIO DIBASICO SOLUCAO ENEMA (16 G + 6 G)/100 ML FRASCO OU BOLSA 125 ML A 133 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90502	267328	N/A	x	x		
Descrição Completa	FOSFATO DE SODIO MONOBASICO + FOSFATO DE SODIO DIBASICO SOLUCAO ENEMA (16 G + 6 G)/100 ML FRASCO OU BOLSA 125 ML A 133 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FULVESTRANTO SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 5 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
21042	334712	N/A				x
Descrição Completa	FULVESTRANTO SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	FUROSEMIDA COMPRIMIDO 40 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90380	267663	N/A	x	x		
Descrição Completa	FUROSEMIDA COMPRIMIDO 40 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	FUROSEMIDA SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90381	267666	N/A	x	x		
Descrição Completa	FUROSEMIDA SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GABAPENTINA CAPSULA 300MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
5312	268107	N/A		x	x	
Descrição Completa	GABAPENTINA CAPSULA 300MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GABAPENTINA CAPSULA 400MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
4822	268106	N/A		x	x	
Descrição Completa	GABAPENTINA CAPSULA 400MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GALANTAMINA (HIDROBROMETO) CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 8MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21069	276388	N/A			x	
Descrição Completa	GALANTAMINA (HIDROBROMETO) CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 8MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GALANTAMINA (HIDROBROMETO) CAPSULA LIBERAÇAO PROLONGADA 24MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
15503	315734	N/A			x	
Descrição Completa	GALANTAMINA (HIDROBROMETO) CAPSULA LIBERAÇAO PROLONGADA 24MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GANCICLOVIR (SODICO) INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA OU BOLSA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90162	330115	N/A		x		
Descrição Completa	GANCICLOVIR (SODICO) INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA OU BOLSA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GENCITABINA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO P/ SOLUÇAO INJETAVEL 1000 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90781	270430	N/A		x		
Descrição Completa	GENCITABINA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 1000 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GENFIBROZILA COMPRIMIDO 600MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
13819		N/A			x	
Descrição Completa	GENFIBROZILA COMPRIMIDO 600MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GENTAMICINA (SULFATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90893	267668	N/A		x		

Descrição Completa	GENTAMICINA (SULFATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 1 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GENTAMICINA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90894		N/A		x		
Descrição Completa	GENTAMICINA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLIBENCLAMIDA COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90491	267671	N/A	x	x		
Descrição Completa	GLIBENCLAMIDA COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICERINA SOLUÇÃO ENEMA (CLISTER) 12 % FRASCO 500 ML COM SONDA RETAL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90504	269622	N/A	x	x		
Descrição Completa	GLICERINA SOLUÇÃO ENEMA (CLISTER) 12 % FRASCO 500 ML COM SONDA RETAL					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICINA (ACIDO AMINOACETICO) SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNCIA 15 MG/ML BOLSA 3000 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
10624	303885	N/A		x		

Descrição Completa	GLICINA (ACIDO AMINOACETICO) SOLUÇÃO ESTÉRIL, APIROGÊNCIA 15 MG/ML BOLSA 3000 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICLAZIDA COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA 30 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90225	442754	N/A	x	x		
Descrição Completa	GLICLAZIDA COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA 30 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICLAZIDA COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA 60 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
29664	442755	N/A	x	x		
Descrição Completa	GLICLAZIDA COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA 60 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICONATO DE CALCIO SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90564		N/A		x		
Descrição Completa	GLICONATO DE CALCIO SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICOPIRRONIO (BROMETO) 50 MCG CAPSULA PARA INALAÇÃO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
34492	437076	N/A			x	
Descrição Completa	GLICOPIRRONIO (BROMETO) 50 MCG CAPSULA PARA INALAÇÃO + DISPOSITIVO PARA INALAÇAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICOSE 10 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10245	267544	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 10 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICOSE 10 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10249	267544	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 10 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICOSE 5 % + CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10270	366913	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 5 % + CLORETO DE SODIO 0,9 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10251	270092	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
10271	357880	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve ter graduação volumétrica. A bolsa ou o frasco deve ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo.O sítio de conexão de equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento,mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
10272	357880	N/A		x		
Descrição Completa	GLICOSE 5 % SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve ter graduação volumétrica. A bolsa ou o frasco deve ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por membrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo.O sítio de conexão de equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento,mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	GLICOSE SOLUÇAO INJETAVEL 50 % AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90562	267541	N/A	x	x		
Descrição Completa	GLICOSE SOLUÇAO INJETAVEL 50 % AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG) ALTAMENTE PURIFICADA INJETAVEL 5.000 UI FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90236	275649	N/A		x		
Descrição Completa	GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG) ALTAMENTE PURIFICADA INJETAVEL 5.000 UI FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GONADOTROPINA HUMANA DA MENOPAUSA - MENOTROPINA (FSH-LH) INJETAVEL (75 UI + 75 UI) FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90233		N/A		x		

Descrição Completa	GONADOTROPINA HUMANA DA MENOPAUSA - MENOTROPINA (FSH-LH) INJETAVEL (75 UI + 75 UI) FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GOSSERRELINA (ACETATO) 10,80 MG INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (SERINDA PREENCHIDA)					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
10158	268108	N/A			x	x

Descrição Completa	GOSSERRELINA (ACETATO) 10,80 MG INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (SERINDA PREENCHIDA)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	GOSSERRELINA (ACETATO) 3,6 MG INJETÁVEL (SERINDA PREENCHIDA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
9364	268109	N/A			x	x

Descrição Completa	GOSSERRELINA (ACETATO) 3,6 MG IMPLANTE SUBCUTÂNEO (SERINGA PREENCHIDA)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HALOPERIDOL (DECANOATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90008	292194	N/A	x	x		
Descrição Completa	HALOPERIDOL (DECANOATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90123	267670	N/A	x	x		
Descrição Completa	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90124	267669	N/A	x	x		
Descrição Completa	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HALOPERIDOL SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90126	292196	N/A		x		
Descrição Completa	HALOPERIDOL SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HALOPERIDOL SOLUCAO ORAL GOTAS 2 MG/ML FRASCO 20 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90125	292195	N/A	x	x		
Descrição Completa	HALOPERIDOL SOLUCAO ORAL GOTAS 2 MG/ML FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HEPARINA SODICA SOLUÇAO INJETAVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90611	448983	N/A		x		
Descrição Completa	HEPARINA SODICA SOLUÇAO INJETAVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HEPARINA SODICA SOLUÇAO INJETAVEL 5000 UI/ML FRASCO AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90610	272796	N/A		x		
Descrição Completa	HEPARINA SODICA SOLUÇÃO INJETAVEL 5000 UI/ML FRASCO AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HIDRALAZINA 50MG COMPRIMIDO OU DRAGEA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21413	268112	N/A	x	x		
Descrição Completa	HIDRALAZINA 50MG COMPRIMIDO OU DRAGEA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HIDRALAZINA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90411	268115	N/A		x		
Descrição Completa	HIDRALAZINA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDO 25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
19847	267674	N/A	x	x		
Descrição Completa	HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREME 1 % BISNAGA 15 G A 20 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90650	345240	N/A		x		
Descrição Completa	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREME 1 % BISNAGA 15 G A 20 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90645	270219	N/A	x	x		
Descrição Completa	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL100 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90644	270220	N/A	x	x		

Descrição Completa	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL100 MG FRASCO-AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	HIDROXICLOROQUINA COMPRIMIDO 400MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
3870	268119	N/A			x	
Descrição Completa	HIDROXICLOROQUINA COMPRIMIDO 400MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HIDROXIDO DE ALUMINIO + HIDROXIDO DE MAGNESIO SUSPENSAO ORAL (60 MG + 40 MG)/ML FRASCO COM NO MINIMO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23384	395730	N/A	x	x		
Descrição Completa	HIDROXIDO DE ALUMINIO + HIDROXIDO DE MAGNESIO SUSPENSAO ORAL (60 MG + 40 MG)/ML FRASCO COM NO MINIMO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HIDROXIUREIA (HIDROXICARBAMIDA) CAPSULA 500MG (FRASCO OU BLISTER					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90666	268110	N/A		x	x	

Descrição Completa	HIDROXIUREIA (HIDROXICARBAMIDA) CAPSULA 500MG (FRASCO OU BLISTER)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	HIPROMELOSE SOLUÇAO OFTALMICA 3 MG/ML OU 5 MG/ML FRASCO 10 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90855	373909	N/A	x	x		
Descrição Completa	HIPROMELOSE SOLUÇAO OFTALMICA 3 MG/ML OU 5 MG/ML FRASCO 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IBUPROFENO COMPRIMIDO 600 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
11087	267676	N/A	x	x		
Descrição Completa	IBUPROFENO COMPRIMIDO 600 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IBUPROFENO SUSPENSAO ORAL 50MG/ML FRASCO GOTAS 30ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24503	294643	N/A	x	x		

Descrição Completa	IBUPROFENO SUSPENSAO ORAL 50MG/ML FRASCO GOTAS 30ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IFOSFAMIDA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 2 G FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31191	270444	N/A		x		
Descrição Completa	IFOSFAMIDA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 2 G FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IMIPENEM + CILASTATINA SODICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG + 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90918	342258	N/A		x		
Descrição Completa	IMIPENEM + CILASTATINA SODICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG + 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IMIPRAMINA DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 25 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90103		N/A	x	x		
Descrição Completa	IMIPRAMINA DRAGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IMIQUIMODE CREME 50 MG/G SACHE 250 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
18912	350613	N/A			x	
Descrição Completa	IMIQUIMODE CREME 50 MG/G SACHE 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (D) SOLUÇAO INJETAVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO -AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90741	268490, 266827	N/A		x		

Descrição Completa	IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (ANTI-D) SOLUÇAO INJETAVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO -AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITOS PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 25MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
6416	343089	N/A		x		
Descrição Completa	IMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITOS PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 25MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24511	266823	N/A		x		
Descrição Completa	IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETAVEL 5G A 6G FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
32929	455199	N/A		x		
Descrição Completa	IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETAVEL 5G A 6G FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	INDAPAMIDA COMPRIMIDO LIBERAÇAO PROLONGADA 1,5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90313	352301	N/A	x	x		
Descrição Completa	INDAPAMIDA COMPRIMIDO LIBERAÇAO PROLONGADA 1,5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	INFLIXIMABE PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
648	333447	N/A			x	
Descrição Completa	INFLIXIMABE PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	INSULINA DETEMIR SOLUÇAO INJETAVEL 100 U/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML COM SISTEMA APLICADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
202113	337472	N/A				x
Descrição Completa	INSULINA DETEMIR SOLUÇAO INJETAVEL 100 U/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML COM SISTEMA APLICADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	INSULINA GLARGINA SOLUÇAO INJETAVEL 100 UI/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18120	273836	N/A				x
Descrição Completa	INSULINA GLARGINA SOLUÇAO INJETAVEL 100 UI/ML CARPULE DE VIDRO 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	INSULINA HUMANA NPH SUSPENSAO INJETAVEL 100 UI/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90496	271157	N/A		x		

Descrição Completa	INSULINA HUMANA NPH SUSPENSAO INJETAVEL 100 UI/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	INSULINA HUMANA REGULAR SOLUCAO INJETAVEL 100 UI/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90497	271154	N/A		x		
Descrição Completa	HUMANA REGULAR SOLUÇÃO OU SUSPENSÃO INJETAVEL 100 UI/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IODOPOVIDONA SOLUCAO ALCOOLICA 10 MG/ML EM IODO ATIVO FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90828	398704	N/A		x		
Descrição Completa	IODOPOVIDONA SOLUCAO ALCOOLICA 10 MG/ML EM IODO ATIVO FRASCO 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IODOPOVIDONA SOLUCAO AQUOSA 10 MG/ML EM IODO ATIVO FRASCO 1000 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90830	398706	N/A		x		
Descrição Completa	IODOPOVIDONA SOLUCAO AQUOSA 10 MG/ML EM IODO ATIVO FRASCO 1000 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IPRATROPIO (BROMETO) AEROSSOL ORAL 20 MCG/DOSE FRASCO 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31664	268332	N/A	x			
Descrição Completa	IPRATROPIO (BROMETO) AEROSSOL ORAL 20 MCG/DOSE FRASCO 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IPRATROPIO (BROMETO) SOLUCAO PARA INALACAO 0,25 MG/ML FRASCO 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90095	268331	N/A	x	x		
Descrição Completa	IPRATROPIO (BROMETO) SOLUCAO PARA INALACAO 0,25 MG/ML FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	IRINOTECANO (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90269	398706	N/A		x		
Descrição Completa	IRINOTECANO (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 20 MG/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ISOSSORBIDA (DINITRATO) COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90320	398706	N/A	x	x		
Descrição Completa	ISOSSORBIDA (DINITRATO) COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) COMPRIMIDO 40MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7534	398706	N/A	x	x		
Descrição Completa	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) COMPRIMIDO 40MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para

Descrição Resumida	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19051	273404	N/A		x		

Descrição Completa	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA1 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ISOTRETINOINA CAPSULA 20MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8460	272808	N/A			x	
Descrição Completa	ISOTRETINOINA CAPSULA 20MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ISOXSUPRINA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90369	323004	N/A		x		
Descrição Completa	ISOXSUPRINA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ITRACONAZOL CAPSULA 100 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
4524	268861	N/A	x	x		
Descrição Completa	ITRACONAZOL CAPSULA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	IVERMECTINA COMPRIMIDO 6 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90185		N/A	x	x		
Descrição Completa	IVERMECTINA COMPRIMIDO 6 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	KIT SELANTE DE FIBRINA SOLUÇÃO TÓPICA FRASCO 1ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
23068	352243	N/A		x		
Descrição Completa	KIT SELANTE DE FIBRINA SOLUÇÃO TÓPICA FRASCO 1ML. Composição: um frasco de fibrinogênio humano, um frasco de trombina humana e um frasco de cloreto de cálcio, podendo conter ou não um frasco de aprotinina e/ou um frasco de fator XIII de coagulação. Forma farmacêutica: solução estéril. Característica adicional: dispositivo para aplicação, apresentação kit de 1 ml					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LACOSAMIDA COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35324	435539	N/A			X	
Descrição Completa	LACOSAMIDA COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LACTULOSE LÍQUIDO ORAL EM FRASCO CONTENDO NO MÍNIMO 80g DE LACTULOSE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90354	383750	N/A	X	x		

Descrição Completa	LACTULOSE LÍQUIDO ORAL EM FRASCO CONTENDO NO MÍNIMO 80g DE LACTULOSE
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LAMOTRIGINA COMPRIMIDO 100MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
1764	272809	N/A			X	
Descrição Completa	LAMOTRIGINA COMPRIMIDO 100MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEFLUNOMIDA COMPRIMIDO 20MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90087	268114	N/A			X	
Descrição Completa	LEFLUNOMIDA COMPRIMIDO 20MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEUPRORRELINA (ACETATO) SOLUÇAO INJETAVEL 5 MG/ML FRASCO AMPOLA 2,8 ML + 14 SERINGAS					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23542	305261	N/A		x		
Descrição Completa	LEUPRORRELINA (ACETATO) SOLUÇAO INJETAVEL 5 MG/ML FRASCO AMPOLA 2,8 ML + 14 SERINGAS					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇAO ORAL FRASCO 150ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33172	352933	N/A			X	
Descrição Completa	LEVETIRACETAM 100MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 150ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
34558	285965	N/A			X	
Descrição Completa	LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO REVESTIDO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
34559	437284	N/A			X	
Descrição Completa	LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO REVESTIDO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVODOPA + BENSERAZIDA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU CÁPSULA OU DRÁGEA LIBERAÇÃO PROLONGADA 100 MG +25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
6172	398689	N/A	X	X		
Descrição Completa	LEVODOPA + BENSERAZIDA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO OU CÁPSULA OU DRÁGEA LIBERAÇÃO PROLONGADA 100 MG +25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVODOPA + BENSERAZIDA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO SIMPLES (100 MG + 25 MG)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
29446	433280	N/A	X			
Descrição Completa	LEVODOPA + BENSERAZIDA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO SIMPLES (100 MG + 25 MG)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVODOPA + CARBIDOPA COMPRIMIDO SIMPLES 250 MG + 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90091	270130	N/A	X			
Descrição Completa	LEVODOPA + CARBIDOPA COMPRIMIDO SIMPLES 250 MG + 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVOFLOXACINO COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90179	332987	N/A		x		
Descrição Completa	LEVOFLOXACINO COMPRIMIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVOFLOXACINO SOLUÇAO INJETAVEL 500 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10277	305270, 332985	N/A		x		
Descrição Completa	LEVOFLOXACINO SOLUÇAO INJETAVEL 500 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: A bolsa ou frasco deve conter graduação volumétrica; permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar. Conter um ou dois sítios. Se dois sítios - um autovedável e outro protegido por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo, se um sítio - membrana autovedável. O sítio de conexão do equipo deve ser protegido por membrana e lacre de esterilidade, ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVOMEPROMAZINA COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90128	268129	N/A	x	x		
Descrição Completa	LEVOMEPROMAZINA COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVOMEPROMAZINA SOLUCAO ORAL 4 % FRASCO 20 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90338	268130	N/A	x	x		
Descrição Completa	LEVOMEPROMAZINA SOLUCAO ORAL 4 % FRASCO 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 100 MCG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90182	268125	N/A	x	x		
Descrição Completa	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 100 MCG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 25 MCG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90307	268124	N/A	x	x		
Descrição Completa	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 25 MCG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 50 MCG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90183	268123	N/A	x	x		
Descrição Completa	LEVOTIROXINA SODICA COMPRIMIDO 50 MCG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LIDOCAINA (CLORIDRATO) GELEIA 2 % BISNAGA 30 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90028	269846	N/A	x	x		
Descrição Completa	LIDOCAINA (CLORIDRATO) GELEIA 2 % BISNAGA 30 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LIDOCAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 % FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90024	269843	N/A	x	x		
Descrição Completa	LIDOCAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 % FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LIDOCAINA + EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL (20 MG + 0,005 MG)/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90025	269852	N/A		x		
Descrição Completa	LIDOCAINA + EPINEFRINA SOLUCAO INJETAVEL (20 MG + 0,005 MG)/ML FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LIDOCAINA SOLUCAO TOPICA SPRAY 100MG/ML FRASCO 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90027	269845	N/A		x		

Descrição Completa	LIDOCAINA SOLUCAO TOPICA SPRAY 100MG/ML FRASCO 50 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LINEZOLIDA COMPRIMIDO REVESTIDO 600 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31576	273412	N/A		x		
Descrição Completa	LINEZOLIDA COMPRIMIDO REVESTIDO 600 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LINEZOLIDA SOLUCAO INJETAVEL 600 MG/300 ML BOLSA OU FRASCO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90265	273413, 273412	N/A		x		
Descrição Completa	LINEZOLIDA SOLUCAO INJETAVEL 600 MG/300 ML BOLSA OU FRASCO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	LORATADINA COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90283	273466	N/A	x	x		
Descrição Completa	LORATADINA COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LORATADINA XAROPE 1 MG/ML FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90284	273467	N/A	x	x		
Descrição Completa	LORATADINA XAROPE 1 MG/ML FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	LOSARTANA POTASSICA COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8944	268856	N/A	X	X		
Descrição Completa	LOSARTANA POTASSICA COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MANITOL SOLUCAO INJETAVEL 200 MG/ML BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10265	299675	N/A		x		
Descrição Completa	MANITOL SOLUCAO INJETAVEL 200 MG/ML BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MEBENDAZOL SUSPENSAO ORAL 100 MG/5ML FRASCO 30 ML COM DOSEADOR					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90927	267694	N/A		x		

Descrição Completa	MEBENDAZOL SUSPENSAO ORAL 100 MG/5ML FRASCO 30 ML COM DOSEADOR
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21023	271445	N/A	x			
Descrição Completa	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MEROPENEM PO PARA SOLUCAO INJETÁVEL 1 G FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21605	288298	N/A		x		
Descrição Completa	MEROPENEM PO INJETÁVEL 1 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MESALAZINA COMPRIMIDO 400 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90187	292237	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA COMPRIMIDO 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MESALAZINA COMPRIMIDO 800 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
202044	292238	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA COMPRIMIDO 800 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MESALAZINA COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 500MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
13802	292236	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 500MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MESALAZINA ENEMA 10 MG/ML FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35890	448755	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA ENEMA 10 MG/ML FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MESALAZINA SUPOSITORIO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5870	292239	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA SUPOSITORIO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MESALAZINA SUPOSITÓRIO 1000MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
35889	292240	N/A			x	
Descrição Completa	MESALAZINA SUPOSITÓRIO 1000MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MESNA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90958	273659	N/A	x			
Descrição Completa	MESNA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METADONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
654	268093	N/A		x	x	
Descrição Completa	METADONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METARAMINOL (HEMITARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35916	442581	N/A		x		
Descrição Completa	METARAMINOL (HEMITARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 1ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METFORMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 850 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90226	267691	N/A	x	x		
Descrição Completa	METFORMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 850 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METILDOPA COMPRIMIDO REVESTIDO 250 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90295	267689	N/A	x	x		
Descrição Completa	METILDOPA COMPRIMIDO REVESTIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METILERGOMETRINA (MALEATO) SOLUCAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90701	268264	N/A		x		

Descrição Completa	METILERGOMETRINA (MALEATO) SOLUCAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 1 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METILFENIDATO (CLORIDRATO) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO MODIFICADA 30MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
202439	305490	N/A			x	

Descrição Completa	METILFENIDATO (CLORIDRATO) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO MODIFICADA 30MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METILFENIDATO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
15790	272320	N/A			x	
Descrição Completa	METILFENIDATO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METILPREDNISOLONA (ACETATO) SUSPENSAO INJETAVEL 40 MG/ML FRASCO-AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90646	299690	N/A		x		

Descrição Completa	METILPREDNISOLONA (ACETATO) SUSPENSAO INJETAVEL 40 MG/ML FRASCO-AMPOLA 2 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90647	271599	N/A		x		
Descrição Completa	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METOCLOPRAMIDA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90482	267310	N/A	x	x		
Descrição Completa	METOCLOPRAMIDA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METOPROLOL (SUCCINATO) COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21408		N/A	x	x		
Descrição Completa	METOPROLOL (SUCCINATO) COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METOPROLOL (SUCCINATO) COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18040	276656	N/A	x			
Descrição Completa	METOPROLOL (SUCCINATO) COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METOPROLOL SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML SERINGA PRONTO USO OU AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
3286	345259	N/A		X		
Descrição Completa	METOPROLOL SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML SERINGA PRONTO USO OU AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METOTREXATO COMPRIMIDO 2,5MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90776	270436	N/A		X	X	X
Descrição Completa	METOTREXATO COMPRIMIDO 2,5MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METOTREXATO SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90779	322080	N/A		X		
Descrição Completa	METOTREXATO SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METOTREXATO SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90777	322079	N/A		X		
Descrição Completa	METOTREXATO SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METRONIDAZOL (BENZOIL) SUSPENSAO ORAL 40MG/ML FRASCO DE 80ML A 120 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90909	394856	N/A	X	X		
Descrição Completa	METRONIDAZOL (BENZOIL) SUSPENSAO ORAL 40MG/ML FRASCO DE 80ML A 120 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	METRONIDAZOL COMPRIMIDO 400 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90708	268499	N/A	X	X		
Descrição Completa	METRONIDAZOL COMPRIMIDO 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METRONIDAZOL GEL VAGINAL 100MG/G BISNAGA 50G + APLICADORES (10 PARA CADA BISNAGA)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90690	338591	N/A	X	X		
Descrição Completa	METRONIDAZOL GEL VAGINAL 100MG/G BISNAGA 50G + APLICADORES (10 PARA CADA BISNAGA)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	METRONIDAZOL SOLUÇAO INJETAVEL 5 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10278	268498	N/A		X		
Descrição Completa	METRONIDAZOL SOLUÇAO INJETAVEL 5 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. A bolsa ou frasco deve conter graduação volumétrica; permitir o escoamento total da solução, sem haver necessidade de entrada de ar. Conter um ou dois sítios. Se dois sítios - um autovedável e outro protegido por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo, se um sítio - membrana autovedável. O sítio de conexão do equipo deve ser protegido por membrana e lacre de esterilidade, ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25071	396568	N/A		X		
Descrição Completa	MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25070	396567	N/A	X			
Descrição Completa	MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICOFENOLATO MOFETILA COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7056	448579	N/A			X	
Descrição Completa	MICOFENOLATO MOFETILA COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICOFENOLATO SODICO COMPRIMIDO 180MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20187	448576	N/A		X	X	
Descrição Completa	MICOFENOLATO SODICO COMPRIMIDO 180MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICOFENOLATO SODICO COMPRIMIDO 360MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
999	448577	N/A		X	X	
Descrição Completa	MICOFENOLATO SODICO COMPRIMIDO 360MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICONAZOL (NITRATO) 20MG/G CREME BISNAGA 28 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31654	268286	N/A	X			
Descrição Completa	MICONAZOL (NITRATO) 20MG/G CREME DERMATOLÓGICO BISNAGA 28 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G BISNAGA 80 G + APLICADORES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8739	268162	N/A	X	X		
Descrição Completa	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G BISNAGA 80 G + APLICADORES					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIDAZOLAM COMPRIMIDO 15 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90112	272817	N/A		X		
Descrição Completa	MIDAZOLAM COMPRIMIDO 15 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIDAZOLAM SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90039	268481	N/A		X		
Descrição Completa	MIDAZOLAM SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIDAZOLAM SOLUÇAO INJETAVEL 15 MG AMPOLA 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90111	268481	N/A		X		
Descrição Completa	MIDAZOLAM SOLUÇAO INJETAVEL 15 MG AMPOLA 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIDAZOLAM SOLUÇAO ORAL 2 MG/ML FRASCO 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
3243	271556	N/A		X		
Descrição Completa	MIDAZOLAM SOLUÇAO ORAL 2 MG/ML FRASCO 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIKANIA GLOMERATA SPRENG XAROPE FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11092	395728	N/A	X	X		
Descrição Completa	MIKANIA GLOMERATA SPRENG XAROPE FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MILRINONA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23495	273474	N/A		X		
Descrição Completa	MILRINONA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MIRTAZAPINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO ORODISPERSIVEL 30MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5288	294536	N/A			X	
Descrição Completa	MIRTAZAPINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO ORODISPERSIVEL 30MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MIRTAZAPINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO ORODISPERSIVEL 45MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
4384		N/A			X	
Descrição Completa	MIRTAZAPINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO ORODISPERSIVEL 45MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MISOPROSTOL COMPRIMIDO VAGINAL 200 MCG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90189	90189	N/A		X		
Descrição Completa	MISOPROSTOL COMPRIMIDO VAGINAL 200 MCG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MISOPROSTOL COMPRIMIDO VAGINAL 25 MCG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90244	358753	N/A		X		
Descrição Completa	MISOPROSTOL COMPRIMIDO VAGINAL 25 MCG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MITOXANTRONA SOLUÇAO INJETAVEL 20 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90273	305293	N/A		X		
Descrição Completa	MITOXANTRONA SOLUÇAO INJETAVEL 20 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO MASTIGAVEL 4 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90309	394656	N/A			x	
Descrição Completa	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO MASTIGAVEL 4 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO MASTIGAVEL 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21688	394655	N/A				x
Descrição Completa	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO MASTIGAVEL 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO REVESTIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90310	276271	N/A			x	
Descrição Completa	MONTELUCASTE (SODICO) COMPRIMIDO REVESTIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MONTELUCASTE (SODICO) GRANULO 4 MG SACHE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21687	392836	N/A			x	
Descrição Completa	MONTELUCASTE (SODICO) GRANULO 4 MG SACHE					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA (SULFATO) CAPSULA LIBERAÇÃO CONTROLADA 30MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
665	292263	N/A		X	x	
Descrição Completa	MORFINA (SULFATO) CAPSULA LIBERAÇÃO CONTROLADA 30MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA (SULFATO) CAPSULA OU COMPRIMIDO DE LIBERAÇAO CONTROLADA 60MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
666	292264	N/A		X	x	
Descrição Completa	MORFINA (SULFATO) CAPSULA OU COMPRIMIDO DE LIBERAÇAO CONTROLADA 60MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA (SULFATO) COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90052	271392	N/A		x	x	
Descrição Completa	MORFINA (SULFATO) COMPRIMIDO 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA CAPSULA LIBERAÇÃO CONTROLADA 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90041	292262	N/A		x	x	
Descrição Completa	MORFINA CAPSULA LIBERAÇÃO CONTROLADA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA COMPRIMIDO 30MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90042	271391	N/A		x	x	
Descrição Completa	MORFINA COMPRIMIDO 30MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90192	304870	N/A		x		
Descrição Completa	MORFINA SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA SOLUÇAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90196	304872	N/A		x		
Descrição Completa	MORFINA SOLUÇAO INJETAVEL 0,2 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MORFINA SOLUCAO INJETAVEL 10MG/ML AMPOLA 1ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90043	304871	N/A		x		
Descrição Completa	MORFINA SOLUCAO INJETAVEL 10MG/ML AMPOLA 1ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MORFINA SOLUÇAO INJETAVEL 0,1 MG/ML AMPOLA 1 ML (INVOLUCRO EXTERNO ESTERIL)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33732	420599	N/A		x		
Descrição Completa	MORFINA SOLUÇAO INJETAVEL 0,1 MG/ML AMPOLA 1 ML (INVOLUCRO EXTERNO ESTERIL)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MOXIFLOXACINO SOLUÇAO INJETAVEL 400 MG/250ML BOLSA OU FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90316	305325	N/A		x		
Descrição Completa	MOXIFLOXACINO SOLUÇAO INJETAVEL 400 MG/250ML BOLSA OU FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	MUPIROCINA CREME OU POMADA 20 MG/G BISNAGA 15 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90974	273455	N/A		x		
Descrição Completa	MUPIROCINA CREME OU POMADA 20 MG/G BISNAGA 15 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG) PO LIOFILIZADO 40 MG AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
203420	449030	N/A		x		
Descrição Completa	MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG) PO LIOFILIZADO 40 MG AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	N-ACETILCISTEINA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90170	335091	N/A		x		
Descrição Completa	N-ACETILCISTEINA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 3 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	NALBUFINA 10MG/ML SOLUÇAO INJETAVEL AMPOLA 1ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
33220	268501	N/A		x		
Descrição Completa	NALBUFINA 10MG/ML SOLUÇAO INJETAVEL AMPOLA 1ML - USO EXCLUSIVO NO CENTRO CIRURGICO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NALOXONA (CLORIDRAT0) SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,4 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90861	272326	N/A		x		
Descrição Completa	NALOXONA (CLORIDRAT0) SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,4 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NALTREXONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 50 MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21682	273266	N/A				x
Descrição Completa	NALTREXONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 50 MG (FRASCO OU BLISTER) (USO EXCLUSIVO PARA TRATAMENTO DE ADICÇÃO)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NAPROXENO COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90197	273702, 273704	N/A		x		
Descrição Completa	NALTREXONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 50 MG (FRASCO OU BLISTER) (USO EXCLUSIVO PARA TRATAMENTO DE ADICÇÃO)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NAPROXENO COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
17785	273703, 273705	N/A		x	x	
Descrição Completa	NAPROXENO COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NEOMICINA (SULFATO) + BACITRACINA (ZINCICA) POMADA (5 MG +250 UI)/G BISNAGA 15 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90823	273167	N/A	x	x		
Descrição Completa	NEOMICINA (SULFATO) + BACITRACINA (ZINCICA) POMADA (5 MG +250 UI)/G BISNAGA 15 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NEOSTIGMINA SOLUCAO INJETAVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90240	273457	N/A		x		
Descrição Completa	NEOMICINA (SULFATO) + BACITRACINA (ZINCICA) POMADA (5 MG +250 UI)/G BISNAGA 15 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NIFEDIPINO COMPRIMIDO OU CAPSULA 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90330	267728	N/A		x		
Descrição Completa	NIFEDIPINO COMPRIMIDO OU CAPSULA 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NIMODIPINA COMPRIMIDO 30 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90953	270007	N/A		x		
Descrição Completa	NIMODIPINA COMPRIMIDO 30 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NISTATINA SUSPENSAO ORAL 100.000 UI/ML FRASCO 50 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90924	267378	N/A	x	x		
Descrição Completa	NISTATINA SUSPENSAO ORAL 100.000 UI/ML FRASCO 50 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NITRAZEPAM COMPRIMIDO 5MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5277	268285	N/A	x			
Descrição Completa	NITRAZEPAM COMPRIMIDO 5MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NITROFURANTOINA CAPSULA 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10368	268273	N/A	x	x		
Descrição Completa	NITROFURANTOINA CAPSULA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NITROGLICERINA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90199	268970	N/A		x		
Descrição Completa	NITROGLICERINA SOLUCAO INJETAVEL 5 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NITROPRUSSETO DE SODIO PO LIOFILIZADO OU SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90413	273719	N/A		x		
Descrição Completa	NITROPRUSSETO DE SODIO PO LIOFILIZADO OU SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NOREPINEFRINA (HEMITARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML (EQUIVALENTE A 1MG/ML DE NOREPINEFRINA BASE) AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90262	442584	N/A		x		
Descrição Completa	NOREPINEFRINA (HEMITARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML (EQUIVALENTE A 1MG/ML DE NOREPINEFRINA BASE) AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NORFLOXACINA COMPRIMIDO 400 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90713	268851	N/A	x	x		
Descrição Completa	NORFLOXACINA COMPRIMIDO 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NORTRIPTILINA (CLORIDRATO) CAPSULA 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21245	271606	N/A	x	x		
Descrição Completa	NORTRIPTILINA (CLORIDRATO) CAPSULA 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NORTRIPTILINA CAPSULA 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
12899	271609	N/A		x		
Descrição Completa	NORTRIPTILINA CAPSULA 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	NORTRIPTILINA CAPSULA 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90201	271610	N/A	x	x		
Descrição Completa	NORTRIPTILINA CAPSULA 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OCITOCINA SOLUCAO INJETAVEL 5 UI AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90680	268277	N/A		x		
Descrição Completa	OCITOCINA SOLUCAO INJETAVEL 5 UI AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICACAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
1489	342980	N/A			x	
Descrição Completa	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICACAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 30 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICAÇAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
1490	342981	N/A			x	
Descrição Completa	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSAO INJETAVEL 30 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICAÇAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OCTREOTIDA SOLUCAO INJETAVEL 0,1MG/ML AMPOLA 1ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90202	305725	N/A		x		
Descrição Completa	OCTREOTIDA SOLUCAO INJETAVEL 0,1MG/ML AMPOLA 1ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OLANZAPINA COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8784	271621	N/A		x	x	
Descrição Completa	OLANZAPINA COMPRIMIDO 10MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OLANZAPINA COMPRIMIDO 5MG (FRASCO OU BLISTER)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
2533	271620	N/A		x	x	
Descrição Completa	OLANZAPINA COMPRIMIDO 5MG (FRASCO OU BLISTER)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OLEO MINERAL 100 % PURO FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90505	233632	N/A	x	x		
Descrição Completa	OLEO MINERAL 100 % PURO FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OMALIZUMABE PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 150 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10157	308654	N/A		x		
Descrição Completa	OMALIZUMABE PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 150 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OMEPRAZOL CAPSULA 20MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90204	267712	N/A	x	x		
Descrição Completa	OMEPRAZOL CAPSULA 20MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OMEPRAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG FRASCO AMPOLA + SOLUCAO DILUENTE (AMPOLA 10 ML)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90203	268160	N/A		x		
Descrição Completa	OMEPRAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG FRASCO AMPOLA + SOLUCAO DILUENTE (AMPOLA 10 ML)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ONDANSETRONA COMPRIMIDO 4MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31668	268506	N/A	x			
Descrição Completa	ONDANSETRONA COMPRIMIDO 4MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ONDANSETRONA COMPRIMIDO 8 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90950	268505	N/A	x			
Descrição Completa	ONDANSETRONA COMPRIMIDO 8 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ONDANSETRONA SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90949	268504	N/A		x		
Descrição Completa	ONDANSETRONA SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXACILINA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90883	268513	N/A		x		
Descrição Completa	OXACILINA (SODICA) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXALIPLATINA INJETAVEL100 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
6009	270416	N/A		x		
Descrição Completa	OXALIPLATINA INJETAVEL100 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXCARBAZEPINA SUSPENSAO ORAL 60 MG/ML FRASCO 100ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8764	273255	N/A				x
Descrição Completa	OXCARBAZEPINA SUSPENSAO ORAL 60 MG/ML FRASCO 100ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXIBUTININA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5996	272327	N/A	x	x		
Descrição Completa	OXIBUTININA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXIBUTININA XAROPE 1 MG/ML FRASCO 120 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5327	272328	N/A	x	x		
Descrição Completa	OXIBUTININA XAROPE 1 MG/ML FRASCO 120 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXICODONA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31536	393729	N/A		x	x	
Descrição Completa	OXICODONA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXICODONA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 20MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21593	393730	N/A		x	x	
Descrição Completa	OXICODONA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 20MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA DERMATOLOGICA BISNAGA 45 G. DEVE CONTER A SEGUINTE CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE CADA UM DOS PRINCÍPIOS ATIVOS: OXIDO DE ZINCO: 100 MG/G; VITAMINA A: 1000 UI/G; VITAMINA D 400 UI/G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90814	279493	N/A		x		
Descrição Completa	OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA DERMATOLOGICA BISNAGA 45 G. DEVE CONTER A SEGUINTE CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE CADA UM DOS PRINCÍPIOS ATIVOS: OXIDO DE ZINCO: 100 MG/G; VITAMINA A: 1000 UI/G; VITAMINA D 400 UI/G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PACLITAXEL SOLUÇAO INJETAVEL 6 MG/ML FRASCO AMPOLA 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25337	394804	N/A		x		
Descrição Completa	PACLITAXEL SOLUÇAO INJETAVEL 6 MG/ML FRASCO AMPOLA 50 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PALIVIZUMABE INJETAVEL 100MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
14244	333446, 446467	N/A		x		
Descrição Completa	PALIVIZUMABE INJETAVEL 100MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PANCREATINA (LIPASE + AMILASE + PROTEASE) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO ENTERICA 10.000 UI (EQUIVALE A 150MG)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11343	297775	N/A			x	
Descrição Completa	PANCREATINA (LIPASE + AMILASE + PROTEASE) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO ENTERICA 10.000 UI (EQUIVALE A 150MG)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PANCREATINA (LIPASE + AMILASE + PROTEASE) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO ENTERICA 25.000 UI (EQUIVALE A 300MG)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11341	300745	N/A			x	
Descrição Completa	PANCREATINA (LIPASE + AMILASE + PROTEASE) CAPSULA COM MICROGRANULOS DE LIBERACAO ENTERICA 25.000 UI (EQUIVALE A 300MG)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PANCURONIO (BROMETO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90221	269567	N/A		x		
Descrição Completa	PANCURONIO (BROMETO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PANTOPRAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETAVEL 40 MG FRASCOAMPOLA + DILUENTE AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90257	352314	N/A		x		
Descrição Completa	PANTOPRAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETAVEL 40 MG FRASCOAMPOLA + DILUENTE AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PARACETAMOL COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20060	267778	N/A	x	x		
Descrição Completa	PARACETAMOL COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PARACETAMOL SOLUCAO ORAL 200 MG/ML FRASCO 15 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90314	267777	N/A	x	x		
Descrição Completa	PARACETAMOL SOLUCAO ORAL 200 MG/ML FRASCO 15 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PARECOXIBE PO LIOFILIZADO 40 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90298	273939	N/A		x		
Descrição Completa	PARECOXIBE PO LIOFILIZADO 40 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PAZOPANIBE COMPRIMIDO 400 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31170	399996	N/A				x
Descrição Completa	PAZOPANIBE COMPRIMIDO 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PENICILAMINA CAPSULA 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
988	272815	N/A			x	
Descrição Completa	PENICILAMINA CAPSULA 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PENTOXIFILINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 400 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90227	268159	N/A		x		
Descrição Completa	PENTOXIFILINA COMPRIMIDO REVESTIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA 400 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PERMETRINA LOÇAO TOPICA 10 MG/ML FRASCO 60 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11091	267773	N/A	x	x		
Descrição Completa	PERMETRINA LOÇAO TOPICA 10 MG/ML FRASCO 60 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PERMETRINA LOÇÃO TÓPICA 50 MG/ML FRASCO 60 ML (USO EXCLUSIVO DA PRISIONAL)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
35821	363597	N/A	x			
Descrição Completa	PERMETRINA LOÇÃO TÓPICA 50 MG/ML FRASCO 60 ML (USO EXCLUSIVO DA PRISIONAL)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PETIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90044	272329	N/A		x		
Descrição Completa	PETIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PILOCARPINA SOLUÇAO OFTALMICA 2 % FRASCO CONTA-GOTAS 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90847	271353	N/A		x	x	
Descrição Completa	PILOCARPINA SOLUÇAO OFTALMICA 2 % FRASCO CONTA-GOTAS 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PIPERACILINA + TAZOBACTAN PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 4,0 G + 500 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90258	271725	N/A		x		
Descrição Completa	PIPERACILINA + TAZOBACTAN PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 4,0 G + 500 MG FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PIRIDOSTIGMINA (BROMETO) COMPRIMIDO 60 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90241	271764	N/A		x	x	
Descrição Completa	PIRIDOSTIGMINA (BROMETO) COMPRIMIDO 60 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PIRIMETAMINA COMPRIMIDO 25MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90324	268158	N/A	x	x		
Descrição Completa	PIRIMETAMINA COMPRIMIDO 25MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	POLIDOCANOL 3% AMPOLA 2ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
28477	363633	N/A		x		
Descrição Completa	POLIDOCANOL 3% AMPOLA 2ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	POLIMIXINA B INJETAVEL 500000UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8836	268971	N/A		x		
Descrição Completa	POLIMIXINA B INJETAVEL 500000UI FRASCO AMPOLA |USO EXCLUSIVO EM CASO DE PSEUDOMONA E ACINETOBACTER					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	POLIVITAMINICO COM ACETATO DE TOCOFEROL SOLUCAO ORAL GOTAS FRASCO 20 A 40 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90522	449101	N/A		x		
Descrição Completa	POLIVITAMINICO COM ACETATO DE TOCOFEROL SOLUCAO ORAL GOTAS FRASCO 20 A 40 ML. Descrição: Multivitaminas compostas, por no mínimo: vitaminas A, B1, B2, B5, B8, E, C e D, com as respectivas concentrações mínimas (375mcg, 0,4mg, 0,5mg, 3mg, 20mcg, 5,9mg, 35mg, 10mcg)/ml. Solução Oral Gotas, frasco de 20 a 40ml.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	POLIVITAMINICOS OU MULTIVITAMINICOS SEM MINERAIS SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90531	304148	N/A		x		
Descrição Completa	POLIVITAMINICOS OU MULTIVITAMINICOS SEM MINERAIS SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PREDNISOLONA SOLUCAO ORAL 3 MG/ML FRASCO DE 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90286	448595	N/A	x	x		
Descrição Completa	PREDNISOLONA SOLUCAO ORAL 3 MG/ML FRASCO DE 100 A 120 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PREDNISONA COMPRIMIDO 20 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90649	267743	N/A	x	x		
Descrição Completa	PREDNISONA COMPRIMIDO 20 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PREDNISONA COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90648	267741	N/A	x	x		
Descrição Completa	PREDNISONA COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PRODUTO A BASE DE CANABIDIOL - NOME E APRESENTAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO E AI					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33642	-	N/A			x	
Descrição Completa	PRODUTO A BASE DE CANABIDIOL - Nome Comercial e apresentação (concentração, dose, forma farmacêutica, embalagem) conforme Autorização de Importação da ANVISA e Receita Médica.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA CAPSULA GELATINOSA MOLE 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90243	273953	N/A		x		
Descrição Completa	PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA CAPSULA GELATINOSA MOLE 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROMETAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90761	267768	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROMETAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROMETAZINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90762	267769	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROMETAZINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPAFENONA COMPRIMIDO 300 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90983	272412	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROPAFENONA COMPRIMIDO 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPATILNITRATO COMPRIMIDO 10 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90206	273135	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROPATILNITRATO COMPRIMIDO 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPILTIOURACILA COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90660	273589	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROPILTIOURACILA COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90207	305935	N/A		x		
Descrição Completa	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90270	305932	N/A		x		
Descrição Completa	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 50 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 20 MG/ML FRASCO-AMPOLA 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90271	305936	N/A		x		
Descrição Completa	PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 20 MG/ML FRASCO-AMPOLA 50 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 40 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90291	267772	N/A	x	x		
Descrição Completa	PROPRANOLOL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 40 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROTAMINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90600	272362	N/A		x		
Descrição Completa	PROTAMINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	PROXIMETACAINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO OFTALMICA 0,5 % FRASCO CONTA-GOTA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90029	269571	N/A		x		
Descrição Completa	PROXIMETACAINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO OFTALMICA 0,5 % FRASCO CONTA-GOTA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	QUETIAPINA COMPRIMIDO 100MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
1038	272832	N/A		X	X	
Descrição Completa	QUETIAPINA COMPRIMIDO 100MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO .					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	QUETIAPINA COMPRIMIDO 200MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5889	272833	N/A		X	X	
Descrição Completa	QUETIAPINA COMPRIMIDO 200MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RALOXIFENO COMPRIMIDO 60 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
671	272834	N/A			X	
Descrição Completa	RALOXIFENO COMPRIMIDO 60 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RANIBIZUMABE SOLUÇAO INJETAVEL 10MG/ML FRASCO AMPOLA C/ SERINGAS, AGULHAS E FILTRO PARA INJEÇAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
12728	358123	N/A		X		
Descrição Completa	RANIBIZUMABE SOLUÇAO INJETAVEL 10MG/ML FRASCO AMPOLA C/ SERINGAS, AGULHAS E FILTRO PARA INJEÇAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RANITIDINA SOLUCAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90209	267735	N/A	X	X		
Descrição Completa	RANITIDINA SOLUCAO INJETAVEL 25 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	RANITIDINA XAROPE 15 MG/ML FRASCO 120 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90256	398701	N/A	X	X		
Descrição Completa	RANITIDINA XAROPE 15 MG/ML FRASCO 120 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	REMIFENTANILA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG FRASCO AMPOLA.					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90459	268973	N/A		X		

Descrição Completa	REMIFENTANILA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 2 MG FRASCO AMPOLA.
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	RETINOL (ACETATO) + AMINOACIDOS + DL-METIONINA + CLORANFENICOL POMADA OFTALMICA (10000 UI + 25 MG + 5 MG + 5 MG)/G BISNAGA 3,5 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8757	274918	N/A		X		
Descrição Completa	RETINOL (ACETATO) + AMINOACIDOS + DL-METIONINA + CLORANFENICOL POMADA OFTALMICA (10000 UI + 25 MG + 5 MG + 5 MG)/G BISNAGA 3,5 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RISEDRONATO COMPRIMIDO 35MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
175	296717	N/A			X	
Descrição Completa	RISEDRONATO COMPRIMIDO 35MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	RISPERIDONA COMPRIMIDO 1 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7031	272839	N/A		X	X	
Descrição Completa	RISPERIDONA COMPRIMIDO 1 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	RISPERIDONA COMPRIMIDO 2 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
7032	268149	N/A		X	X	

Descrição Completa	RISPERIDONA COMPRIMIDO 2 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RISPERIDONA COMPRIMIDO REVESTIDO 3 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21692	284105	N/A			X	
Descrição Completa	RISPERIDONA COMPRIMIDO REVESTIDO 3 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	RITUXIMABE INJETAVEL 100 MG FRASCO 10ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
5293	268520	N/A		X		
Descrição Completa	RITUXIMABE INJETAVEL 100 MG FRASCO 10ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	RITUXIMABE SOLUÇÃO INJETAVEL 500 MG FRASCO 50 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5292	268520	N/A		X	X	
Descrição Completa	RITUXIMABE SOLUÇÃO INJETAVEL 500 MG FRASCO 50 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ROCURONIO SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90458	268521	N/A		X		

Descrição Completa	ROCURONIO SOLUCAO INJETAVEL 10 MG/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ROPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 7,5MG/ML AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 20ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90456	269470	N/A		X		
Descrição Completa	ROPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 7,5MG/ML AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 20ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ROPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 20 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90457	269468	N/A		X		
Descrição Completa	ROPIVACAINA (CLORIDRATO) SOLUÇAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 20 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SACARATO DE HIDROXIDO DE FERRO III SOLUÇAO INJETAVEL ENDOVENOSA 20MG/ML AMPOLA 5ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90590	448616	N/A		X	X	

Descrição Completa	SACARATO DE HIDROXIDO DE FERRO III SOLUÇAO INJETAVEL ENDOVENOSA 20MG/ML AMPOLA 5ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SAIS PARA REIDRATACAO ORAL FORMULA PRECONIZADA PELA OMS/UNICEF PO P/PREPARO DE 1 LITRO DE SOLUCAO ENVELOPE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90541	446105	N/A	X	X		
Descrição Completa	SAIS PARA REIDRATACAO ORAL FORMULA PRECONIZADA PELA OMS/UNICEF PO P/PREPARO DE 1 LITRO DE SOLUCAO ENVELOPE					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90158	268523	N/A		X		
Descrição Completa	SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUÇAO PARA INALAÇAO 5 MG/ML FRASCO 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
24504	268303	N/A	X	X		

Descrição Completa	SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUÇAO PARA INALAÇAO 5 MG/ML FRASCO 10 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SALBUTAMOL (SULFATO) SPRAY OU AEROSSOL PARA INALACAO ORAL 100 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES COM INALADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5289	294887	N/A	X	X		
Descrição Completa	SALBUTAMOL (SULFATO) SPRAY OU AEROSSOL PARA INALACAO ORAL 100 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES COM INALADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SALMETEROL (XINAFOATO) + FLUTICASONA (PROPIONATO) AEROSOL PARA INALAÇAO 25 MCG + 125 MCG TUBO (120 DOSES) + INALADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21695	398711	N/A				X
Descrição Completa	SALMETEROL (XINAFOATO) + FLUTICASONA (PROPIONATO) AEROSOL PARA INALAÇAO 25 MCG + 125 MCG TUBO (120 DOSES) + INALADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SALMETEROL (XINAFOATO) + FLUTICASONA (PROPIONATO) PO PARA INALAÇAO 50MCG/DOSE + 500MCG/DOSE RECIPIENTE DOSADOR CONTENDO STRIP COM 60 DOSES					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
23607	436777	N/A			X	X
Descrição Completa	SALMETEROL (XINAFOATO) + FLUTICASONA (PROPIONATO) PO PARA INALAÇAO 50MCG/DOSE + 500MCG/DOSE RECIPIENTE DOSADOR CONTENDO STRIP COM 60 DOSES - MEDICAMENTO EM FASE DE MIGRAÇÃO PARA O COMPONENTE ESPECIALIZADO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SELEGILINA COMPRIMIDO SULCADO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5260	268072	N/A			X	
Descrição Completa	SELEGILINA COMPRIMIDO SULCADO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SEVOFLURANO SOLUÇAO INALATORIA FRASCO 250 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90277	308877	N/A		X		
Descrição Completa	SEVOFLURANO SOLUÇAO INALATORIA FRASCO 250 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SIBUTRAMINA CAPSULA 10 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
21215	273838	N/A				X
Descrição Completa	SIBUTRAMINA CAPSULA 10 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SILDENAFIL (CITRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 20 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
21673	319883	N/A		X	X	

Descrição Completa	SILDENAFIL (CITRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 20 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SILDENAFILA COMPRIMIDO 50MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18078	273821	N/A			X	
Descrição Completa	SILDENAFILA COMPRIMIDO 50MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SIMETICONA EMULSAO OU SOLUÇAO OU SUSPENSAO ORAL GOTAS 75 MG/ML FRASCO 10ML A 15ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
31716	412966 E 412965	N/A		X		
Descrição Completa	SIMETICONA EMULSAO OU SOLUÇAO OU SUSPENSAO ORAL GOTAS 75 MG/ML FRASCO 10ML A 15ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SINVASTATINA COMPRIMIDO 20 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
694	267747	N/A	X	X		
Descrição Completa	SINVASTATINA COMPRIMIDO 20 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SINVASTATINA COMPRIMIDO 40 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
695	267745	N/A	X	X		
Descrição Completa	SINVASTATINA COMPRIMIDO 40 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SIROLIMUS DRAGEA 1MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
20269	285817	N/A		X	X	
Descrição Completa	SIROLIMUS DRAGEA 1MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SOLUCAO ACIDA P/ HEMODIALISE GALAO DE 5L P/MAQ. MISTURA PROPORCIONAL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90575	240342	N/A		X		
Descrição Completa	SOLUCAO ACIDA P/ HEMODIALISE GALAO DE 5L P/MAQ. MISTURA PROPORCIONAL					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SOLUCAO BASICA (COM BICARBONATO DE SODIO A 8,4 %) P/HEMODIALISE GALAO DE 5L MAQ. MISTURA PROPORCIONAL					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90576	394853	N/A		X		
Descrição Completa	SOLUCAO BASICA (COM BICARBONATO DE SODIO A 8,4 %) P/HEMODIALISE GALAO DE 5L MAQ. MISTURA PROPORCIONAL					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SOLUCAO DE RINGER (CLORETOS DE Na, K, Ca) SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO.					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10264	352192	N/A		X		
Descrição Completa	SOLUCAO DE RINGER (CLORETOS DE Na, K, Ca) SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SOLUÇAO DE RINGER (CLORETOS DE Na, K, Ca) + LACTATO (SODICO) SOLUCAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO.					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
10263	352192	N/A		X		
Descrição Completa	SOLUCAO DE RINGER (CLORETOS DE Na, K, Ca) SOLUÇAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSAO. Características Adicionais: a bolsa ou o frasco deve conter graduação volumétrica; ter colapsabilidade a fim de permitir o escoamento total da solução , sem haver necessidade de entrada de ar; conter dois sítios, sendo um protegido por menbrana autovedável para adição de soluções no interior da bolsa ou do frasco e outro por membrana e lacre de esterilidade para conexão do equipo. O sítio de conexão do equipo deve ser adaptável e moldável a qualquer equipo e não permitir sua desconexão e vazamento, mantendo a bolsa ou o frasco em sistema fechado.					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SOMATROPINA INJETAVEL 4 UI FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25200	437646	N/A			X	
Descrição Completa	SOMATROPINA INJETAVEL 4 UI FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SORAFENIBE (TOSILATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
201707	330335	N/A				X
Descrição Completa	SORAFENIBE (TOSILATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SUFENTANILA (CITRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MCG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90213	268551	N/A		X		
Descrição Completa	SUFENTANILA (CITRATO) SOLUCAO INJETAVEL 5 MCG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SUGAMADEX SÓDICO SOLUÇÃO INJETÁVEL100 MG/ML FRASCO-AMPOLA 2 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
30284	389863	N/A		X		
Descrição Completa	SUGAMADEX SÓDICO SOLUÇÃO INJETÁVEL100 MG/ML FRASCO-AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90911	267765	N/A	X	X		
Descrição Completa	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLOGICO 1% BISNAGA 50 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90245	272089	N/A	X	X		
Descrição Completa	SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLOGICO 1% BISNAGA 50 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLÓGICO 1% FRASCO OU POTE 400 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
30977	272089	N/A		X		
Descrição Completa	SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLÓGICO 1% FRASCO OU POTE 400 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA SOLUCAO INJETAVEL (400 MG + 80 MG)/5 ML AMPOLA 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90914	308885	N/A		X		
Descrição Completa	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA SOLUCAO INJETAVEL (400 MG + 80 MG)/5 ML AMPOLA 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFAMETOXAZOL +TRIMETOPRIMA SUSPENSAO ORAL (200 +40 MG)/5ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90913	308884	N/A	X	X		
Descrição Completa	SULFAMETOXAZOL +TRIMETOPRIMA SUSPENSAO ORAL (200 +40 MG)/5ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SULFAMETOXAZOL +TRIMETROPRIMA COMPRIMIDO 400 MG +80 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90912	308882	N/A	X	X		

Descrição Completa	SULFAMETOXAZOL +TRIMETROPRIMA COMPRIMIDO 400 MG +80 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SULFASSALAZINA COMPRIMIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90214	268153	N/A			X	

Descrição Completa	SULFASSALAZINA COMPRIMIDO OU COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SULFATO DE MAGNESIO SOLUCAO INJETAVEL 50 % (4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90080	268075	N/A		X		
Descrição Completa	SULFATO DE MAGNESIO SOLUCAO INJETAVEL 50 % (4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFATO FERROSO (EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO REVESTIDO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90592	292344	N/A	X	X		
Descrição Completa	SULFATO FERROSO (EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR) COMPRIMIDO REVESTIDO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SULFATO FERROSO SOLUCAO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90593	292345	N/A	X	X		
Descrição Completa	SULFATO FERROSO SOLUCAO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	SURFACTANTE PULMONAR (BERACTANTO) 25 MG/ML SUSPENSAO ESTERIL FRASCO AMPOLA 4 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25187	353397	N/A		X		
Descrição Completa	SURFACTANTE PULMONAR (BERACTANTO) 25 MG/ML SUSPENSAO ESTERIL FRASCO AMPOLA 4 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SURFACTANTE PULMONAR (FRAÇAO FOSFOLIPIDICA DE PULMAO PORCINO) 80 MG/ML SUSPENSAO FRASCO AMPOLA 1,5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
25186	353398	N/A		X		

Descrição Completa	SURFACTANTE PULMONAR (FRAÇAO FOSFOLIPIDICA DE PULMAO PORCINO) 80 MG/ML SUSPENSAO FRASCO AMPOLA 1,5 ML
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	SUXAMETONIO (CLORETO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90230	268442	N/A		X		

Descrição Completa	SUXAMETONIO (CLORETO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TACROLIMUS CAPSULA 1 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5561	268098	N/A		x	x	
Descrição Completa	TACROLIMUS CAPSULA 1 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TACROLIMUS CAPSULA 5MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5562	268097	N/A		x	x	
Descrição Completa	TACROLIMUS CAPSULA 5MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TAMOXIFENO COMPRIMIDO 20 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
28115	272023	N/A				x
Descrição Completa	TAMOXIFENO COMPRIMIDO 20 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TEICOPLANINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90719	268529	N/A		x		
Descrição Completa	TEICOPLANINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TENECTEPLASE PO LIOFILIZADO 40MG FRASCO AMPOLA + SERINGA PREENCHIDA COM 8 ML DILUENTE + ADAPTADOR + AGULHA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90134	448766	N/A		x		
Descrição Completa	TENECTEPLASE PO LIOFILIZADO 40 MG FRASCO AMPOLA + SERINGA PREENCHIDA COM 8 ML DILUENTE + ADAPTADOR + AGULHA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TENOXICAM PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG FRASCOAMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90215	268532	N/A	x	x		
Descrição Completa	TENOXICAM PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TERBINAFINA COMPRIMIDO 250 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7155	273599	N/A		x		
Descrição Completa	TERBINAFINA COMPRIMIDO 250 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TERBINAFINA CREME 10 MG/G BISNAGA 20 G - PROGRAMA DO PE DIABETICO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7156	273604	N/A		x		

Descrição Completa	TERBINAFINA CREME 10 MG/G BISNAGA 20 G - PROGRAMA DO PE DIABETICO
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TERIPARATIDA SOLUÇAO INJETÁVEL 250 MCG/ML CARPULE 2,4 A 3,0 ML + SISTEMA DE APLICACAO					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
18238	331223	N/A				x
Descrição Completa	TERIPARATIDA SOLUÇAO INJETÁVEL 250 MCG/ML CARPULE 2,4 A 3,0 ML + SISTEMA DE APLICACAO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TERLIPRESSINA (ACETATO) PO LIOFILO INJETAVEL 1MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
15868	332908	N/A		X		

Descrição Completa	TERLIPRESSINA (ACETATO) PO LIOFILO INJETAVEL 1MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TIAMAZOL (METIMAZOL) COMPRIMIDO 10MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33676	287824	N/A	X	X		
Descrição Completa	TIAMAZOL (METIMAZOL) COMPRIMIDO 10MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TIAMINA (VITAMINA B1) COMPRIMIDO 300 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90524	272341	N/A	X	X		
Descrição Completa	TIAMINA (VITAMINA B1) COMPRIMIDO 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TIGECICLINA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
10356	331539	N/A		X		

Descrição Completa	TIGECICLINA PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TIMOLOL SOLUCAO OFTALMICA 0,5 % FRASCO 5 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90849	272581	N/A		X	X	
Descrição Completa	TIMOLOL SOLUCAO OFTALMICA 0,5 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO LIBERAÇAO LENTA 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90337	448642	N/A	X	X		

Descrição Completa	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO LIBERAÇAO LENTA 200 MG
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) DRAGEA 100 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90336	272367	N/A	X	X		
Descrição Completa	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) DRAGEA 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) DRAGEA 50 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90168	272366	N/A	X	X		
Descrição Completa	TIORIDAZINA (CLORIDRATO) DRAGEA 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA POMADA OFTALMICA 0,3 % + 0,1 % BISNAGA 3,5 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90347	271570	N/A	X	X		
Descrição Completa	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA POMADA OFTALMICA 0,3 % + 0,1 % BISNAGA 3,5 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOBRAMICINA POMADA OFTALMICA 0,3 % BISNAGA 3,5 G					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90349	271582	N/A		X		
Descrição Completa	TOBRAMICINA POMADA OFTALMICA 0,3 % BISNAGA 3,5 G					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOBRAMICINA SOLUÇAO PARA INALACAO 300MG AMPOLA OU FLACONETE					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
3404	389480	N/A			x	
Descrição Completa	TOBRAMICINA SOLUÇAO PARA INALACAO 300MG AMPOLA OU FLACONETE					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TOBRAMICINA SOLUÇÃO OFTALMICA 0,3 % FRASCO 5 ML					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90350	271581	N/A	x	x		
Descrição Completa	TOBRAMICINA SOLUÇÃO OFTALMICA 0,3 % FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 100 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
8566	272851	N/A			x	
Descrição Completa	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 100 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 25 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8921	272849	N/A			x	
Descrição Completa	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 25 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 50 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
5528	272850	N/A			x	x
Descrição Completa	TOPIRAMATO COMPRIMIDO 50 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TOPOTECANA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 4 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90765	321804	N/A		x		
Descrição Completa	TOPOTECANA (CLORIDRATO) PO LIOFILIZADO PARA SOLUÇAO INJETAVEL 4 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO ..					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TRAMADOL (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90218	292382	N/A		x		
Descrição Completa	TRAMADOL (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	TRASTUZUMABE PÓ LIOFILO INJETÁVEL 440 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
8958	295302	N/A		x		
Descrição Completa	TRASTUZUMABE PÓ LIOFILO INJETÁVEL 440 MG REFRIGERAÇÃO					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TRIPTORRELINA PÓ LIOFILO INJETAVEL 3,75 MG FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
3521	448771, 400775	N/A			x	

Descrição Completa	TRIPTORRELINA PÓ LIOFILO INJETAVEL 3,75 MG FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	TROPICAMIDA SOLUCAO OFTALMICA 10 MG/ML FRASCO 5 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90845	274561	N/A		x		
Descrição Completa	TROPICAMIDA SOLUCAO OFTALMICA 10 MG/ML FRASCO 5 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	UROFOLITROPINA ALTAMENTE PURIFICADA INJETAVEL 75 UI FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90231	400505	N/A		x		
Descrição Completa	UROFOLITROPINA ALTAMENTE PURIFICADA INJETAVEL 75 UI FRASCO AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Y - PRODUTO DE USO CRÍTICO, HÁ SUBSTITUTO TEMPORÁRIO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	URSODESOXICOLICO (ACIDO) COMPRIMIDO 300 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
11292	309040	N/A		x		x
Descrição Completa	URSODESOXICOLICO (ACIDO) COMPRIMIDO 300 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	VALPROATO DE SODIO COMPRIMIDO (EQUIVALENTE 500 MG ACIDO VALPROICO)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90288	267505	N/A	x	x		

Descrição Completa	VALPROATO DE SODIO COMPRIMIDO (EQUIVALENTE 500 MG ACIDO VALPROICO)
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VALPROATO DE SODIO COMPRIMIDO OU CAPSULA (EQUIVALENTE 250 MG ACIDO VALPROICO)					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90005	267504	N/A	x	x		
Descrição Completa	VALPROATO DE SODIO COMPRIMIDO OU CAPSULA (EQUIVALENTE 250 MG ACIDO VALPROICO)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VALPROATO DE SODIO SOLUÇÃO ORAL OU XAROPE (EQUIVALENTE 250 MG/5 ML ACIDO VALPROICO) FRASCO 100 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90070	308732	N/A	x	x		
Descrição Completa	VALPROATO DE SODIO SOLUÇÃO ORAL OU XAROPE (EQUIVALENTE 250 MG/5 ML ACIDO VALPROICO) FRASCO 100 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VANCOMICINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90917	268540	N/A		x		
Descrição Completa	VANCOMICINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VARFARINA SODICA COMPRIMIDO 5 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19575	279269	N/A	x	x		
Descrição Completa	VARFARINA SODICA COMPRIMIDO 5 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	VASELINA SÓLIDA (PETROLATO) 100 %, EMBALAGEM PRIMÁRIA: BISNAGA OU TUBO, UNIDADE DE ESTOQUE/LICITAÇÃO: GRAMA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
36195	394023	N/A		x		
Descrição Completa	VASELINA SÓLIDA (PETROLATO) 100 %, EMBALAGEM PRIMÁRIA: BISNAGA OU TUBO, UNIDADE DE ESTOQUE/LICITAÇÃO: GRAMA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	PRODUTO ESTÁ SOB ANÁLISE.					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VASOPRESSINA 20U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 1 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
33227	332917	N/A		x		
Descrição Completa	VASOPRESSINA 20U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 1 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VERAPAMIL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 80 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90311	267425	N/A	x	x		
Descrição Completa	VERAPAMIL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 80 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VERAPAMIL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO DE LIBERACAO RETARDADA 120 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19326	267573	N/A	x	x		
Descrição Completa	VERAPAMIL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO DE LIBERACAO RETARDADA 120 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VIGABATRINA COMPRIMIDO 500 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
7636	272853	N/A			x	
Descrição Completa	VIGABATRINA COMPRIMIDO 500 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VIMBLASTINA (SULFATO) PO LIOFILIZADO OU SOLUCAO INJETAVEL10 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90790	268542	N/A		x		
Descrição Completa	VIMBLASTINA (SULFATO) PO LIOFILIZADO OU SOLUCAO INJETAVEL10 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VINCRISTINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML FRASCO-AMPOLA 1ML OU 2 ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
90791	270376	N/A		x		
Descrição Completa	VINCRISTINA (SULFATO) SOLUCAO INJETAVEL 1 MG/ML FRASCO-AMPOLA 1ML OU 2 ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	VINORELBINA (TARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
90764	383786	N/A		x		
Descrição Completa	VINORELBINA (TARTARATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO-AMPOLA					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	VORICONAZOL COMPRIMIDO 200 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
19721	338297	N/A		x		
Descrição Completa	VORICONAZOL COMPRIMIDO 200 MG					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	VORICONAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO AMPOLA					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
15510	338298	N/A		x		

Descrição Completa	VORICONAZOL PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 200 MG FRASCO AMPOLA
Informação extra para justificativa da contratação	N/A
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central	
Vida útil do item	N/A
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ZIPRASIDONA CAPSULA 40 MG					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
708	448622	N/A		x	x	
Descrição Completa	ZIPRASIDONA CAPSULA 40 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde

Descrição Resumida	ZIPRASIDONA CAPSULA 80 MG					
Código SES	Código BR	Código SUS	Níveis de Atenção			
			AB	HO	CE	MC
709	448621	N/A		x	x	
Descrição Completa	ZIPRASIDONA CAPSULA 80 MG (EXCLUSIVO NUDIME E HSVP)					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	Z - PRODUTO DE USO CRÍTICO SEM SUBSTITUTO IMEDIATO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Catálogo de Medicamentos e Produtos para Saúde						
Descrição Resumida	ZUCLOPENTIXOL SOLUÇAO INJETAVEL 200MG/ML AMPOLA 1ML					
Código SES	**Código BR**	**Código SUS**	**Níveis de Atenção**			
			AB	**HO**	**CE**	**MC**
16371	272585	N/A		x		
Descrição Completa	ZUCLOPENTIXOL SOLUÇAO INJETAVEL 200MG/ML AMPOLA 1ML					
Informação extra para justificativa da contratação	N/A					
Tipo de apresentação	CONFORME DESCRIÇÃO COMPLETA					
Necessidade de disponibilização de algum tipo de equipamento para utilizar o insumo (Identificar a necessidade de Estudo de Viabilidade)	N/A					
Documentação a ser exigida da empresa, como: Alvará Sanitário, AFE, CBPF, CRP, ABNT, INMETRO,Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, e outras.	LICENÇA SANITÁRIA, AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA/AUTORIZAÇÃO ESPECIAL, REGISTRO DO PRODUTO NA ANVISA E CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA. ESTES DOCUMENTOS SÃO COBRADOS CONFORME REGRAS ESTABECIDAS NO PROCESSO SEI 00060-00184603/2019-50					
Protocolo de avaliação e justificativa do item, informando a RDC, caso haja	PRINCÍPIO ATIVO, FORMA FARMACÊUTICA, DOSAGEM, EMBALAGEM PRIMÁRIA, LOTE, NOME COMERCIAL, EMPRESA PROPONENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS, CONCLUSÃO.					
Se houver necessidade de amostra, especificar a quantidade de amostras	3					
Local de entrega do produto, caso não seja Farmácia Central ou Almoxarifado Central						
Vida útil do item	N/A					
Criticidade do objeto (Classificação X, Y, Z)	X - PRODUTO NÃO CRÍTICO					
Prazo máximo transcorrido da validade no ato da entrega	EXIGÊNCIAS REFERENTES AO PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTO, CONFERIDO NO MOMENTO DA ENTREGA, DEVEM SER DEFINIDAS PELA SUBSECRETARIA DE LOGISTICA DA SES-DF					
Necessidade e justificativa de aquisição por lote	N/A					
Indicar e-mail institucional para constar no TR e/ou PB	DIASFSESDF@SAUDE.DF.GOV.BR					
Área técnica responsável pelo insumo/medicamento	SAIS/SULOG/SUAG					

Secretaria de Saúde

GDF
É tempo de ação.