



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 1 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ACIDO URSODESOXICOLICO 150 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ACIDO URSODESOXICOLICO 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ACIDO ZOLEDRONICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 ML GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ADALIMUMABE 40 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ADALIMUMABE 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	AGULHA DESCARTÁVEL, AÇO INOXIDÁVEL, 4 MM, 32 G, CANETA APLICADORA DE	NÃO	NÃO
AL	ALENTUZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 1,2 ML GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO	NÃO	NÃO
AL	ALFACALCIDOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAEPOETINA 3.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAGALSIDASE 1 MG/ML SOLUÇÃO 3,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAVELAGLICERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAVELAGLICERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ALFAVESTRONIDASE 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ATORVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ATORVASTATINA 80 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BARICITINIBE 2 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	BARICITINIBE 4 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	BECLOMETASONA DIPROPIONATO, ASSOC. C, BROMETO GLICOPIRRÔNIO E	NÃO	NÃO
AL	BECLOMETASONA 250 MCG SPRAY (FR DE 200 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER	NÃO	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	BEZAFIBRATO 200 MG DRÁGEA OU COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 2 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5	NÃO	SIM
AL	BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL 62,5 + 25 MCG PÓ	NÃO	SIM
AL	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	BUROSUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	BUROSUMABE 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	BUROSUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CANETA APLICADORA DE INSULINA, COM SELEÇÃO DE DOSE, REUTILIZÁVEL	null	null
AL	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CIPROFIBRATO 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	CLADRIBINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
AL	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
AL	DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ECULIZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR) 30 ML GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 100 + 50 + 75 + 150	NÃO	NÃO
AL	ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 50 + 25 + 37,5 + 75	NÃO	NÃO



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 3 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,6 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER	NÃO	SIM
AL	ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)	NÃO	SIM
AL	ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	FENOFIBRATO 200 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	FLUTICASONA ASSOCIADA AO UMECLIDÍNIÓ E VILANTEROL 100 MCG + 62,5 MCG	NÃO	NÃO
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	NÃO	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG PÓ INAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO	NÃO	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG PÓ PARA INALAÇÃO ORAL 60	NÃO	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	FORMOTEROL 12 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	FUMARATO DE DIMETILA 120 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	FUMARATO DE DIMETILA 240 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	GLATIRAMER 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	HIDROXIURÉIA 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	INDACATEROL, MALEATO 150 MCG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	NÃO	SIM
AL	INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (CRIANÇAS MENORES DE 4 ANOS E	NÃO	SIM
AL	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE	NÃO	SIM
AL	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE	NÃO	SIM
AL	INSULINA DETEMIR 100 UI/ML COM SISTEMA DE APLICAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL	NÃO	SIM
AL	INSULINA GLARGINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML COM SISTEMA DE	NÃO	SIM
AL	ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 4 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	IVACAFITOR 150 MG COMP REV GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	LAMIVUDINA 150 MG COMP	NÃO	SIM
AL	LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LEDIPASVIR + SOFOSBUVIR 90 + 400 MG COMPRIMIDO	NÃO	SIM
AL	LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	LEUPRORRELINA 45 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 150 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	LEVETIRACETAM 1000 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MEPOLIZUMABE 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	MESALAZINA 250 MG SUPOS GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	MESALAZINA 500 MG SUPOS GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	METADONA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	METADONA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	METADONA 5 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	NUSINERSENA 2,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	OCTREOTIDA 0,1 MG/ML SOL INJ (AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	OMALIZUMABE 150 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	PAMIDRONATO 60 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 5 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	PILOCARPINA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 10 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	PRAVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PRAVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PRAVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	PRIMIDONA 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	PRIMIDONA 250 MG COMP GRUPO 2	NÃO	NÃO
AL	QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	RASAGILINA 1 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIBAVIRINA 250 MG CAP	NÃO	SIM
AL	RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RISANQUIZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	SIM	NÃO
AL	RISDIPLAM 0,75 MG/ML PÓ PARA SOLUÇÃO 80 ML GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	RISPERIDONA 1 MG/ML SOL ORAL (FR) 30 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	RITUXIMABE (BIOSSIMILAR B CELLTRION/TRUXIMA/RUXIENCE®) 500 MG SOL INJ	NÃO	NÃO
AL	RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-	NÃO	SIM
AL	RITUXIMABE (ROCHE/MABTHERA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ROMOSUZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	SIM	NÃO
AL	SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 250 MCG/DOSE PÓ PARA	NÃO	SIM
AL	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 500 MCG/DOSE AEROSOL ORAL	NÃO	SIM
AL	SALMETEROL, XINAFOATO 50 MCG PÓ PARA INALAÇÃO ORAL 60 DOSES ELENCO	NÃO	SIM
AL	SALMETEROL 50 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	SELEXIPAGUE 1000 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SELEXIPAGUE 1200 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	SELEXIPAGUE 1400 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SELEXIPAGUE 1600 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	SELEXIPAGUE 200 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	SIM



MACEIO - AL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SESAU
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DAF
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CEAF
CEAF UNIDADE MACEIÓ

Quarta-feira 07 Maio 2025

Página 6 de 6

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	SELEXIPAGUE 400 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	SELEXIPAGUE 600 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SELEXIPAGUE 800 MCG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
AL	SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SOFOSBUVIR + VELPATASVIR 400 + 100 MG COMPRIMIDO	NÃO	SIM
AL	SOFOSBUVIR 400 MG COMP REV	NÃO	SIM
AL	SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	TENOFOVIR 300 MG COMP	NÃO	SIM
AL	TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TERIPARATIDA 250 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,4 ML ELENCO ESTADUAL	NÃO	NÃO
AL	TIMOLOL 5 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	TIOTRÓPIO, BROMETO 2,5 MCG SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 60 DOSES ELENCO	NÃO	SIM
AL	TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TOLCAPONA 100 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	TRIENTINA 250 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	TRIEXIFENIDIL 5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	TRIPTORRELINA 22,5 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
AL	UPADACITINIBE 15 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA GRUPO 1.A	SIM	NÃO
AL	USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
AL	VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
AL	ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
AL	ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM