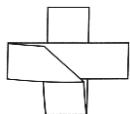
**SUS**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1 ^a vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
ACNE GRAVE (Protocolo MS) Isotretinoína 10mg e 20mg cáps. <u>Acne Grave</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original (LME) - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO (validade 90 dias); - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. - Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. Periodicidade: aos 30 dias e, após, trimestral. - BHCG para mulheres em idade fértil. Periodicidade: Mensal. 	L70.0 L70.1 L70.8 Dermatologista (Preferencialmente) <u>Acne Grave</u> (PCDT)
ACROMEGALIA (Protocolo MS) Cabergolina 0,5mg comp. Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A <u>Acromegalacia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contraindicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (validade 90 dias); - Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (validade 180 dias); - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (validade 24 meses); - Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (validade 90 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). Periodicidade: Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente. 	E22.0 Endocrinologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência. <u>Acromegalacia</u> (PCDT)
Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAEPOETINA (Protocolo MS) Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI <u>Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAEPOETINA</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina (validade 30 dias); - Hemograma (validade 90 dias); - Índice de Saturação de Transferrina (validade 90 dias); - Ferritina Sérica (validade 90 dias); - Creatinina sérica (validade 90 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina e Hematócrito. Periodicidade: Mensal. - Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo. Periodicidade: Trimestral. - Creatinina sérica. Periodicidade: Anual. 	N18.0 N18.8 Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

***Atualizado em 01/04/2025**

- Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte (**validade 90 dias**).

diálise peritoneal).
[Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina \(PCDT\)](#)

- Hemograma Completo, Hematocrito e hemoglobina (**validade 30 dias**);
- Índice de Saturação de Transferrina (**validade 90 dias**);
- Ferritina sérica (**validade 90 dias**);
- Creatinina Sérica (**validade 90 dias**);
- Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente (**validade 90 dias**).

- Hemoglobina e hematócrito.
Periodicidade: Mensal.
- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo.
Periodicidade: Trimestral.

N18.0
N18.8
Nefrologista (Exclusivamente)
Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.
[Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro \(PCDT\)](#)

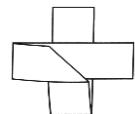
- Hemograma completo;
- Teste de Coombs direto;
- Teste para comprovação de hemólise:
Reticulócitos ou Desidrogenase láctica (DHL) ou Dosagem de haptoglobina ou Bilirrubina (total e frações).
- **Identificação do subtipo:**
 - * Para anemia por anticorpos quentes:
Detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, **OU**
 - * Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, **OU**
 - * Para hemoglobinúria paroxística a frio:
Apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.
- Para Ciclofósfamida:**
 - Hemograma completo.
- Periodicidade:** Mensal ou em caso de mudança de dose.
- ALT, AST, GGT e bilirrubinas.
- Periodicidade:** Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.
- Para Ciclosporina:**
 - Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial.
- Periodicidade:** Mensal.
- Para Imunoglobulina:**
 - Nível sérico de Creatinina e hemograma.
- Periodicidade:** Trimestral.

- Hemograma com contagem de plaquetas, DHL, reticulócitos e haptoglobina (a Hemoglobina deve ser mantida acima de 10 g/dl para garantir melhora dos sintomas clínicos).
Periodicidade: Trimestral.
- Para Ciclofósfamida:**
 - Hemograma completo.
- Periodicidade:** Mensal ou em caso de mudança de dose.
- ALT, AST, GGT e bilirrubinas.
- Periodicidade:** Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.
- Para Ciclosporina:**
 - Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial.
- Periodicidade:** Mensal.
- Para Imunoglobulina:**
 - Nível sérico de Creatinina e hemograma.
- Periodicidade:** Trimestral.

D59.0
D59.1
Hematologista (Exclusivamente)
Devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia.
[Anemia Hemolítica Autoimune \(PCDT\)](#)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ANGIOEDEMA (Protocolo Estadual)</p> <p>Ácido tranexâmico 250mg comp.</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS) (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida</p> <p>Angioedema</p>	<p>Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de complemento C4 (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade). <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico descrevendo a frequência dos episódios de angioedema e situações que contraindiquem o uso do danazol: (1) Mulher com sangramento genital de origem desconhecida; (2) Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca; (3) Gravidez ou lactação; (4) Porfiria; (5) hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento; (6) Neoplasia de próstata.(validade 90 dias) 	<p>Apenas Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicerídeos; - Exame qualitativo de urina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia abdominal. <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>D84.1</p> <p>Alergista e Imunologista (Preferencialmente).</p> <p>Angioedema (PCDT)</p>
<p>ARTRITE PSORÍACA (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg F/A</p> <p>Leflunomida 20mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.</p> <p>Naproxeno 500mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano); - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Laudo médico contendo valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (validade 3 meses); ○ Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, Proteína C Reativa, Velocidade de hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe e Secuquinumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> ○ PPD ou IGRA (validade 1 ano); ○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); ○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); ○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo detalhando a evolução clínica contendo o valor do índice composto de atividade da doença – <i>Minimal Disease Activity</i> (MDA) e a resposta terapêutica utilizando o DAPSA; e - Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia. <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M07.0 M07.2 M07.3</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença.</p> <p>Artrite Psoríaca (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

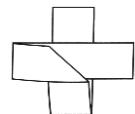
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos) Tofacitinibe 5mg ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente Artrite Psoriaca			
ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS) Sulfassalazina 500mg comp. Artrite Reativa	- Quadro clínico de monoartrite ou oligoartrite assimétrica predominantemente de membros inferiores, com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal nas 4 semanas anteriores ao aparecimento dos sinais articulares. (Validade 90 dias).	- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação. Periodicidade: no primeiro mês e após, a cada 6 meses.	M02.3 M02.1 M03.2 M03.6 Reumatologista (Preferencialmente). Artrite Reativa (PCDT)
* atualizado em 10/08/2021			
ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS) Abatacepte 250mg injetável – intravenoso (Indisponível - Nota Técnica 003/2023) Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (Acima de 18 anos) (Indisponível - Nota Técnica 003/2023) Adalimumabe 40mg injetável - Frasco-ampola (Uso pediátrico – 2 a 18 anos) Adalimumabe 40mg injetável – seringa Azatioprina 50mg comp.	Para Todos: - Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none">○ Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano);○ Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (sem validade). - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none">○ Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (validade 3 meses);○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, Proteína C Reativa, VHS (validade 3 meses). Para Hidroxicloroquina: - Avaliação oftalmológica (validade 1 ano). Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno: - Creatinina e ureia (validade 3 meses).	Para todos os medicamentos: - Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI. Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina. Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral Para Hidroxicloroquina: - Avaliação oftalmológica. Periodicidade: Anual. Para Tocilizumabe: - Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. Periodicidade: Semestral.	M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina) M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina) M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina) M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina) M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

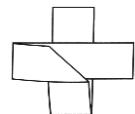
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Baricitinibe 2mg e 4mg comp. (acima de 18 anos)	Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe, acrescentar: - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none">○ PPD ou IGRA (validade 1 ano);○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);○ Creatinina (validade 3 meses).○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.	M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)
Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável (acima de 18 anos)		M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)
Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps		M08.0 (exceto Abatacepte 125mg injetável, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe)
Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)		
Etanercepte 25mg e 50mg injet.		
Golimumabe 50mg – injet. (acima de 18 anos)		Reumatologista (Preferencialmente)
Infliximabe 100mg injetável		
Hidroxicloroquina 400mg comp.		
Leflunomida 20mg comp.		<u>Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)</u> (PCDT)
Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável		
Naproxeno 500mg comp.		
Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos)		
Sulfassalazina 500mg comp.		
Tocilizumabe 20mg/ml		
Tofacitinibe 5mg – comp (acima de 18 anos)		
Upadacitinibe 15 mg - comp. (acima de 18 anos)		
<u>Artrite Reumatoide e Idiopatica Juvenil</u>		
*atualizado em 12/05/2022		
ATENÇÃO: CICLOSPORINA com		

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

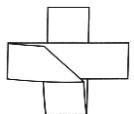
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente			
ASMA GRAVE (Protocolo MS) Budesonida 200mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerosol bucal Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante Mepolizumabe 100mg/mL injetável (acima 18 anos) Omalizumabe 150mg seringa preenchida (acima de 6 anos) <u>Asma Grave</u> * atualizado em 18/04/2022	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulário de inclusão Asma - Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias). <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> <p>Para Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <p>Para Omalizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); - IgE total (validade 90 dias); - IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade); - Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias). - Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição. <p style="text-align: center;">- pacientes abaixo de 12 anos. - pacientes acima de 12 anos.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Omalizumabe e Mepolizumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período; - ACT do último mês. <p style="text-align: center;">- pacientes abaixo de 12 anos. - pacientes acima de 12 anos.</p> <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p style="text-align: center;">J45.0 J45.1 J45.8</p> <p style="text-align: center;">Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p style="text-align: center;">Asma (PCDT)</p>
ASMA (Protocolo Estadual) Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerosol Montelucaste 4mg sachê e comp. <u>Asma</u> * atualizado em 19/01/2024	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário de inclusão para Asma. <p>*ATENÇÃO: Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espirometria. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p style="text-align: center;">J45.0 J45.8 J45.9</p> <p style="text-align: center;">Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p style="text-align: center;">Protocolo Estadual para Utilização dos medicamentos Salmeterol + Fluticasona e Montelucaste, no tratamento da Asma</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

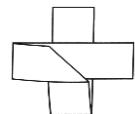
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Atrofia Muscular Espinal 5q tipos I e II (Protocolo MS)</p> <p>Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável</p> <p>Risdiplam 0,75 mg/mL – pó para solução oral</p> <p>Atrofia Muscular Espinal Tipo I e II</p> <p>*atualizado em 18/07/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para abertura de processo: <ul style="list-style-type: none"> o Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade); o Laudo médico informando a evolução clínica, as condições de nutrição e hidratação atuais do paciente e se paciente for: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME; ▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias); o Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias); o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (link questionário – apêndice 1 do PCDT-MS) - Para substituição de medicamentos, necessário apenas: <ul style="list-style-type: none"> o Relatório médico descrevendo os motivos para substituição do medicamento, conforme os critérios do PCDT-MS (validade 90 dias) o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Periodicidade: trimestral. - Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Periodicidade: trimestral. 	<p>G12.0 G12.1</p> <p>Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)</p> <p>Atrofia Muscular Espinal 5q Tipos I e II (PCDT)</p>
<p>COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp.</p> <p>Colangite Biliar Primaria</p> <p>*Atualizado em 13/11/19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico descrevendo o quadro clínico do paciente em LME; - AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica (validade 3 meses) - Exames que documentem dois dos critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Duas dosagens séricas com valores acima do referência de fosfatase alcalina (FA) e/ou gama GT com intervalo mínimo de 6 meses (sem validade); - Presença de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) (sem validade); - Biópsia Hepática de colangite destrutiva não-supurativa (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; Periodicidade: semestral no primeiro ano, após anual. 	<p>K74.3</p> <p>Gastroenterologista Nutrólogo Proctologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia.</p> <p>Colangite Biliar Primária (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

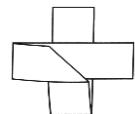
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Protocolo MS)</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter idade maior ou igual a 5 anos; - Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC; - Dosagens de colesterol total e frações; -Triglicerídeos; -Glicemia de jejum. <p>(Validade 90 dias).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. <p>Periodicidade: em 3, 6 e 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de colesterol total e frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de jejum; - Hemograma completo; - Prolactina. <p>Periodicidade: em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p>	<p>F84.0 / F84.1 F84.3 / F84.5 F84.8</p> <p>Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).</p> <p><u>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo (PCDT)</u></p>
<p>DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE (Protocolo MS)</p> <p>Biotina 2,5 mg caps.</p> <p><u>Deficiência da Biotinidase</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teste laboratorial por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase.(sem validade); ou - Teste colorimétrico qualitativo em cartão de papel-filtro da atividade de biotinidase (resultado da triagem neonatal) (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>E88.9</p> <p><u>Deficiência da Biotinidase (PCDT)</u></p>
<p>DERMATITE ATÓPICA (Protocolo MS)</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p><u>Dermatite atópica</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p><u>Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico detalhando a evolução clínica contendo a pontuação atualizada da escala de avaliação da gravidade da doença. Utilizar a mesma escala mencionada no início de tratamento. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de creatinina e uréia. <p>Periodicidade: semestral.</p>	<p>L20.0 L20.8</p> <p>Alergologista ou Dermatologistas (Exclusivamente)</p> <p><u>Dermatite atópica</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

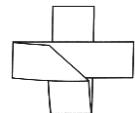
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



<p>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS) Somatropina 4UI e 12UI F/A</p> <p>Deficiência do Hormônio do Crescimento</p>	<p>Para crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade cronológica maior que 02 anos; - Idade, peso e altura atuais; - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Estadiamento puberal de Tanner; - Altura dos pais biológicos; - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravio, se houver (validade 90 dias); - Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea; - IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias); - Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (validade 24 meses); - Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. <p><u>Formulário Teste Provocativo Somatropina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Em casos com alterações anatômicas hipotálamo-hipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, pode-se aceitar um teste. <p>Para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravio, se houver; - IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas (validade 180 dias); - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (validade 90 dias); - Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (validade 24 meses); - Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon); - Densitometria óssea (validade 12 meses). 	<p>Para crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso e estatura. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) <p>Periodicidade: Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p>Para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IGF-1. <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>E23.0</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.</p> <p><u>Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo (PCDT)</u></p>
<p>DIABETES INSÍPIDO (Protocolo MS)</p> <p>Desmopressina 0,1mg/ml aplicação nasal – frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina: <ul style="list-style-type: none"> o Dosagem de volume urinário em 24 hs; o Dosagem sódio e glicose; 	<ul style="list-style-type: none"> - Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária. <p>Periodicidade: Semestral até estabilização do volume urinário e do sódio plasmático, após</p>	<p>E23.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados com</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

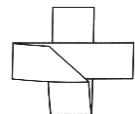
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<u>Diabetes Insípido</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Osmolalidade urinária e plasmática; (Validade 90 dias). 	anual.	endocrinologista ou nefrologista.). <u>Diabete Insípido (PCDT)</u>
DIABETES - ANÁLOGO DA INSULINA DE LONGA DURAÇÃO DIABETE MELITO TIPO 2 (Protocolo Estadual) Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3mL) (paciente acima de 2 anos) <u>Diabetes tipo 2 - Análogo da Insulina de Longa Duração (Protocolo Estadual)</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum (validade 3 meses); - Hemoglobina glicada (validade 3 meses); - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 6 meses). - Formulário para solicitação de insulina glarginha 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condição clínica (LINK) 	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias. Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. 	E10 / E11 E10.2 / E11.2 E10.3 / E11.3 E10.4 / E11.4 E10.5 / E11.5 E10.6 / E11.6 E10.7 / E11.7 E10.8 / E11.8 E10.9 / E11.9 Endocrinologista ou Clínico (Exclusivamente) <u>Diabetes - análogo da insulina de longa duração (protocolo estadual)</u>
DIABETE MELITO TIPO I (Protocolo MS) INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA: Lispro 100 UI/ML (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos) Asparte 100 UI/ML (caneta de 3ML) (paciente entre 1 de 3 anos) INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA: Insulina Glargina 100 UI/mL (Tubete de 3mL) + Caneta Reutilizável (Paciente acima de 2 anos) Insulina Degludeca 100UI/mL (Caneta de 3 mL) (Pacientes entre 1 e 2 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum (validade 3 meses); - Hemoglobina glicada (validade 3 meses); - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 3 meses). - Formulário para solicitação de análogos de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica. (LINK) 	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias. Periodicidade: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. 	E10.0 / E10.5 E10.1 / E10.6 E10.2 / E10.7 E10.3 / E10.8 E10.4 / E10.9 Endocrinologista (Preferencialmente) <u>Diabete Melito Tipo 1 (PCDT)</u>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

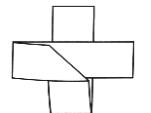
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<u>Diabetes Mellitus Tipo I</u>			
DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS) Dapagliflozina 10mg comp <u>Diabetes Melito Tipo 2</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados; - <u>Formulário Dapagliflozina</u> - Hemoglobina glicada (validade 3 meses); - Glicemia em jejum (validade 3 meses); - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 3 meses); 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina <p>Periodicidade: anual</p>	E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9 Endocrinologista (Preferencialmente) <u>Diabete Melito Tipo 2</u> (PCDT)
*Atualizado em 28/02/2024			
DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS) Acido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol. <u>Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg comp.</u> <u>Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.</u> <u>Ciprofibrato 100mg comp.</u> <u>Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada.</u> <u>Genfibrozila 600mg comp. (Indisponível - Nota Técnica 012/2022)</u> <u>Dislipidemia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (validade 90 dias); - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Atorvastatina: laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da simvastatina. (validade 90 dias)</p> <p>Genfibrozila laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (validade 90 dias). e</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso paciente apresente triglicerídeo > 200mg/dL e HDL < 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (validade 90 dias) <p>Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato: Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (validade 90 dias)</p> <p>Para Ácido nicotínico: Laudo médico que contemple a indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contraindicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos. (validade 90 dias)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CPK, TGO e TGP. <p>Periodicidade: semestral ou sempre que houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo <p>Periodicidade: anualmente.</p>	E78.0 / E78.1 E78.2 / E78.3 E78.4 / E78.5 E78.6 / E78.8 Endocrinologista Cardiologista* (Preferencialmente) * Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infetados pelo HIV. <u>Dislipidemia</u> (PCDT)
*Atualizado em 11/11/19			

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

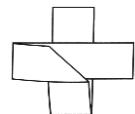
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



<p>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</p> <p>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</p> <p>Distonias Focais e Espasmo Hemifacial</p>	<p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p>	<p>-</p>	<p>G24.3 G24.4 / G24.5 G24.8 G51.3 / G51.8</p> <p>Neurologista Ortopedista Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.</p> <p>Distonias e Espasmo Hemifacial (PCDT)</p>
<p>DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cápsula</p> <p>Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido</p> <p>Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg de pó ioflizado para solução injetável</p> <p>Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de solução</p> <p>Sevelâmer 800mg comprimido</p> <p>Disturbio Mineral e Osseo na Doença Renal Cronica</p> <p>*atualizado em 30/08/2022</p>	<p>Para Sevelâmer:</p> <p><u>Adultos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, se apresenta contra-indicação aos quelantes de fósforo à base de cálcio (enviar exame comprobatório) e se acompanha com nutricionista (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias). <p><u>Crianças e adolescentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica, se acompanha com nutricionista e se faz uso de quelantes de fósforo à base de cálcio (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias). <p>Para Calcitriol/Paricalcitol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias); - Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias). 	<p>Para Sevelâmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fósforo sérico; <p>Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <p>Para Calcitriol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; <p>Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PTH. <p>Periodicidade: 90 dias.</p> <p>Para Paricalcitol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; <p>Periodicidade: 30 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PTH. <p>Periodicidade: 90 dias.</p>	<p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5 N25.0</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

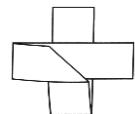


	<p>Para Cinacalcete: - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva, e se foi submetido ao transplante renal (validade 90 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</p> <p>Para Desferroxamina: <u>Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:</u> - Alumínio (validade 90 dias) OU - Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia (validade 90 dias).</p> <p><u>Para realização do tratamento da intoxicação alumínica:</u> - Alumínio sérico (validade 90 dias); - Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (sem validade); - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica (validade 1 ano).</p>	<p>Para Cinacalcete: - Cálcio sérico total ou iônico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados. - PTH. Periodicidade: 90 dias.</p> <p>Para Desferroxamina: - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica. Periodicidade: Anual.</p>	
<p>DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS)</p> <p>Donepezila 5mg e 10mg comp.</p> <p>Galantamina 8mg,16mg e 24mg cáps de liberação prolongada.</p> <p>Memantina 10mg comp.</p> <p>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula e 2mg/mL frasco.</p> <p>Rivastigmina 9mg (5cm²) e 18mg (10 cm²) adesivo transdérmico.</p> <p>Doenca de Alzheimer</p>	<p>- Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tomografia computadorizada <u>ou</u> Ressonância magnética do encéfalo (validade 24 meses); ○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico, (validade 90 dias); ○ Sorologia: VDRL (validade 1 ano); ○ Para pacientes abaixo de 60 anos: Anti-HIV (validade 1 ano) <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - (validade 90 dias); <p><u>Mini exame do estado mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) - (validade 90 dias); <p><u>AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – (CDR) - DOENÇA DE ALZHEIMER</u></p>	<p>Para todos: - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); - Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). Periodicidade: Aos três meses de tratamento e, após, semestral.</p> <p>Para Galantamina: - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO. Periodicidade: Semestral.</p>	<p>F00.0 F00.1 F00.2 G30.0 G30.1 G30.8</p> <p>Neurologista Geriatra Psiquiatria (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria ou psiquiatria.</p> <p>Doenca de Alzheimer (PCDT)</p>

* atualizado em 04/09/25.

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

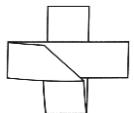
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



<p>DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável. (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 100mg injetável. (A partir de 6 anos de idade)</p> <p>Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</p> <p>Metotrexato 25mg/mL injetável.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Doença de Crohn</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses); - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (validade 3 meses); - Laudo dos exames (validade 1 ano): <ul style="list-style-type: none"> ○ Endoscópico (colonoscopia); ou radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); ou anátomo-patológico; ou cirúrgico. <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 3 meses). <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> ○ PPD ou IGRA (validade 1 ano); ○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); ○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); ○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses); ○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. - Para substituição/troca entre eles: <ul style="list-style-type: none"> ○ Relato médico detalhando os sintomas clínicos; ○ Índice de Harvey-Bradshaw (IHB); ○ Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano). <p>Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). <p>Periodicidade: Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO, creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). 	<p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>K50.0 K50.1 K50.8</p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p>Doença de Crohn (PCDT)</p>
--	---	--	---

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



DOENÇA DE POMPE
(Protocolo MS)

ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG
INJETÁVEL

[Doença de Pompe](#)

*Atualizado em 03/08/2022

- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida

Exame laboratorial:

- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida **em fibroblastos ou leucócitos**, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; **ou**
- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:

- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento

Periodicidade: semestral

- Laudo fonoaudiológico
- Laudo de pneumologista
- Ecocardiograma.

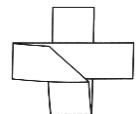
Periodicidade: anual

E74.0

[Doença de Pompe](#)
[\(PCDT\)](#)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

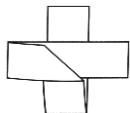
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE FABRY (Protocolo MS)</p> <p>Alfagalsidase 1mg/mL F/A (acima de 7 anos)</p> <p>Betagalsidase 35 mg F/A (acima de 7 anos)</p> <p><u>Doença de Fabry</u></p> <p>*Atualizado em 27/01/2025</p>	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma (sem validade)- Cópias dos exames:<ul style="list-style-type: none">o Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum (validade 90 dias); eo Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. (validade 90 dias) <p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para homens com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame da atividade da enzima αGAL-A; (sem validade) ouo Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A (sem validade).- Para mulheres com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none">o Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A; (sem validade) ouo Laudo de exame genético familiar que documente ser paciente heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da αGAL-A; (sem validade) ouo Comprovação de ao menos uma das alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF:<ul style="list-style-type: none">▪ aumento na excreção urinária de GL-3; ou evidência histológica de acúmulo de GL-3), associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF (angioqueratoma confirmado por biópsia ou córnea verticilata) (sem validade)- Para crianças (7 a 17 anos):<ul style="list-style-type: none">o relato médico informando o diagnóstico clínico do paciente, detalhando as manifestações e sintomas da doença (validade 90 dias); ouo Laudo de biópsia renal demonstrando lesão podocitária (sem validade)	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo de Eletrocardiograma <p>Periodicidade: anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum; <p>Periodicidade: anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E75.2</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em genética.</p> <p><u>Doença de Fabry</u> (PCDT)</p>
--	---	--	--

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

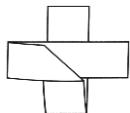
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE GAUCHER (Protocolo MS)</p> <p>Imiglucerase 400 U injetável F/A</p> <p>Alfavelaglicerase 400 U injetável F/A</p> <p>Alfatadaliglicerase 200 U injetável F/A</p> <p>Miglustate 100mg cáps.</p> <p><u>Doença de Gaucher</u></p>	<p>Validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none">- LME com diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3;- Diagnóstico Bioquímico ou Genético demonstrado por um dos exames a seguir: exame da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos ou análise do gene GBA1;- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores de acordo com o protocolo clínico;- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica);- Hemograma completo, TGO, TGP, gama GT, tempo de protrombina, ferritina;- Ultrasonografia ou ressonância magnética do Abdômen (1 ano e dois anos respectivamente);- Densitometria óssea (para > 19 anos) – (validade 1 ano);- Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos (validade 1 ano);- Eletroforese de proteína (validade 90 dias). <p>Para Miglustate atentar também para:</p> <ul style="list-style-type: none">- Idade igual ou superior a 18 anos;- Teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico. <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica). <p>Periodicidade: Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Eletroforese de proteínas. <p>Periodicidade: a cada 3 anos.</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p>E75.2</p> <p>Hematologista (Preferencialmente)</p> <p>Inicialmente, deverão ser atendidos em Centro de Referência. Recomenda-se que o Centro de Referência disponha de equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologista. A continuidade do atendimento poderá ser descentralizada, mantendo-se o Centro de Referência conforme mencionado no item 7 Centros de Referência, No sub-item 8.4 Esquemas de Administração e no item 9 Monitorização.</p> <p><u>Doença de Gaucher</u> (PCDT)</p>
--	--	--	--

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

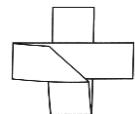
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE PAGET (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Risedronato 35mg comp.</p> <p>Doença de Paget</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico detalhando a clínica do paciente, descrevendo, quando presente, a sintomatologia apresentada (validade 6 meses); - Exame de imagem (cintilografia óssea ou radiografia simples ou Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética do crânio e ossos longos) comprovando o Diagnóstico da doença (validade 1 ano); - Fosfatase Alcalina, PTH, Cálculo sérico, Vitamina D, AST/TGO, ALT/TGP, Bilirrubina total e frações (validade 90 dias); - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias); <p>Para ácido zoledrônico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase Alcalina e cálcio sérico; <p>Periodicidade: Semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p>M88.0 M88.8</p> <p>Reumatologista Ortopedista (Preferencialmente)</p> <p>Doença de Paget (PCDT)</p>
<p>DOENÇA DE PARKINSON (Protocolo MS)</p> <p>Amantadina 100mg comp.</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Entacapona 200mg comp.</p> <p>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp.</p> <p>Rasagilina 1mg comp.</p> <p>Bromocriptina 2,5mg comp. <u>(indisponível ver Nota Técnica nº 016/2025/GEAF/SESA)</u></p> <p>Selegilina 5mg comp. <u>(Indisponível ver nota técnica nº 001/2024/GEAF/SESA)</u></p> <p>Trihexifenidil 5mg comp.* (*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu fornecimento deverá aguardar finalização de processo licitatório).</p> <p>Doença de Parkinson</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico sobre a clínica do paciente confirmando o diagnóstico de parkinson, que pode estar descrita no próprio LME ou em laudo médico à parte. (validade 90 dias) <p>Para Amantadina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia e creatinina (validade 90 dias) <p>Para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo (validade 90 dias) 	<p>Para Bromocriptina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecocardiograma. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Tolcapona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO. <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 18 meses. Após, trimestral.</p> <p>Para Amantadina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ureia, creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, Semestral.</p> <p>Para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. <p>Periodicidade: Mensal.</p>	<p>G20</p> <p>Neurologista Geriatra (Preferencialmente)</p> <p>Doença de Parkinson (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

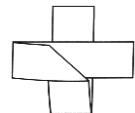
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOENÇA DE WILSON (Protocolo MS)</p> <p>Penicilamina 250mg cápsula</p> <p>Trientina 250mg cápsula</p> <p><u>Doença de Wilson-1</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário de avaliação para diagnóstico de doença de Wilson <u>Formulário para Avaliação para Doença de Wilson</u> <p>Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.</p>	<p>Para todos: - Dosagem de cobre urinário de 24h. Periodicidade: Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. - Dosagem de cobre sérico livre Periodicidade: Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral</p> <p>Para Penicilamina, acrescentar: - TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Trientina, acrescentar: - Ferritina sérica Periodicidade: semestral</p>	<p>E83.0</p> <p>Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.</p> <p><u>Doença de Wilson</u> (PCDT)</p>
<p>DOENÇA FALCIFORME (Protocolo MS)</p> <p>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola) (acima de 18 anos)</p> <p>Hidroxiuréia cáps de 500mg</p> <p>Hidroxiuréia comp de 100mg</p> <p><u>Doença Falciforme</u></p>	<p>Para todos: Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ este de fracionamento da hemoglobina por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), eletroforese de hemoglobina, focalização isoelettrica (IEF) ou detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (sem validade) <p>Para Hidroxiuréia, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo com contagem de reticulócitos, (validade 90 dias) - Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias) - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Alfaepoetina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma (validade 90 dias); - informação médica sobre o uso de Hidroxiuréia; - informação sobre a presença de um dos critérios: presença de síndrome de hiper hemólise ou necessidade de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL ou que apresente uma redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal documentado por exame. 	<p>Para hidroxiuréia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma e contagem de reticulócitos. <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose, sendo, neste caso, necessário acrescentar receituário médico e relato médico da alteração de dose em LME;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em pacientes com sorologia positiva para hepatites B e C: Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG (mulheres em idade fértil). <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma <p>Periodicidade: mensal nos primeiros seis meses. Após, trimestral.</p>	<p>D57.0 D57.1 D57.2</p> <p>Hematologista Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Doença Falciforme</u> (PCDT)</p>
<p>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</p> <p>Filgrastim 300mcg injetável F/A</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com</p>	<p>1. Idade inferior ou igual a 12 anos;</p> <p>2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:</p> <p>2.1. <u>Crianças com idade < 18 meses:</u> quantificação do RNA viral plasmático e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, TGO e TGP. <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>B20.0 – B20.1 B20.2 – B20.3 B20.4 – B20.5 B20.6 – B20.7 B20.8 – B20.9</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

**2,5g, 5g.**

detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida;
 2.2- Crianças com idade > 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos;
 3. **Para HIV:** laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;
 4. **Para púrpura trombocitopênica:** laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.

B22.0 – B22.1
B22.2 - B22.7
B23.0 – B23.1
B23.2 – B23.8
B24

Pediatra ou
 Infectologista
 (Preferencialmente)

Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.

**DPOC
(Protocolo MS)****Budesonida 200 mcg cápsula
inalante ou pó inalante ou aerosol
bucal****Budesonida 400 mcg cápsula
inalante****Formoterol 12mcg cápsula inalante
ou pó inalante****Formoterol + budesonida 6+200mcg
e 12+400mcg cápsula inalante ou
pó inalante****Umeclidínilo + Vilanterol 62,5+
25mcg pó inalante****Tiotrópico + olopatadeno 2,5+2,5mcg
solução para inalação oral.****DPOC - MS**

*atualizado em 25/01/2022

- [Formulário de inclusão para DPOC](#);- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT – **validade 180 dias**.

-

- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispneia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações.

Periodicidade: Semestral

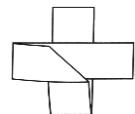
J44.0
J44.1
J44.8

Pneumologista
 (Exclusivamente)

[Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica](#)
 (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

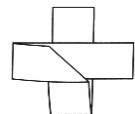
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>DOR CRÔNICA (Protocolo MS)</p> <p>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</p> <p>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</p> <p>Metadona 5mg e 10mg comp</p> <p>Morfina 10mg e 30mg comp.</p> <p>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</p> <p>Naproxeno 500 mg comp.</p> <p>Dor Crônica</p>	<p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando: <ul style="list-style-type: none"> * os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um; * Localização, duração, intensidade e tipo de Dor (dor nociceptiva, neuropática, nocoplástica ou mista). Preferencialmente, por meio de escalas que melhor se adapte ao paciente descritas no apêndice A do PCDT-MS (link) <p>Para Naproxeno (acrescentar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando diagnóstico de Osteoartrite de joelho e/ou de quadril. <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <p>Periodicidade: Semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, uréia, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicírides. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>R52.1 e R52.2 (todos exceto Naproxeno)</p> <p>M16 / M16.0 M16.1 / M16.4 M16.5 / M16.6 M16.7 / M16.9 M17 / M17.0 M17.1 / M17.2 M17.3 / M17.4 M17.5 / M17.9 (Somente Naproxeno)</p> <p>Dor Crônica (PCDT)</p>
<p>DOR CRÔNICA (Critério de Uso – Estadual)</p> <p>Tramadol 50mg caps. (Acima de 16 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um. - Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). <ul style="list-style-type: none"> - Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>M15.3 / M19.9 M18.9 / M18.2 M19.1 / M18.0 M19.0 / M25.5 M79.6 / M54.5 M54.6 / R52.9 M54.9 / M43.9 M53.9 / M79.0</p>
<p>ENDOMETRIOSE (Protocolo MS)</p> <p>Danazol 100mg cáps (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Gosserrelina 3,6mg injetável</p> <p>Gosserrelina 10,8 mg injetável</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg</p> <p>Leuprorrelina 11,25 mg injetável (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº004/2023)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose). - Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM OU resultado de anatomoatrológico de biópsia peritoneal. 	<p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina; - Exame qualitativo de urina; <p>Periodicidade: Semestral</p>	<p>N80.0/ N80.1/ N80.2 N80.3/ N80.4/ N80.5 N80.8</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</p> <p>Endometriose (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

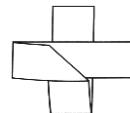
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Triptorrelina 3,75mg injetável <u>Endometriose</u>			
ENXAQUECA (Critério de uso – Estadual) Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente maior de 18 anos; - Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica; - Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes). <p>* Validade 90 dias.</p> <p>Diário de Cefaléia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Diário de Cefaléia</p>	G43 G43.0 G43.1 G43.3 G43.9 Neurologista Topiramato - Critérios de utilização na profilaxia da enxaqueca crônica
EPILEPSIA (Protocolo MS) Clobazam 10mg (<u>indisponível: nota técnica nº 22/2025/GEAF/SESA</u>) Clobazam 20mg comp. Gabapentina 300mg e 400mg cáps. Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp. Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp. Levetiracetam 250mg, 500mg, 750mg e 1000mg comp. Levetiracetam 100 mg /ml solução oral (frasco de 100ml ou de 150 ml)	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de registro de crises (validade 90 dias) <p>Diário de crises - Epilepsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de registros de crises. <p>Periodicidade: Semestral</p> <p>Diário de crises - Epilepsia</p>	G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5/ G40.6/ G40.7/ G40.8 Neurologista Psiquiatra Geriatra (Preferencialmente) Exige especialidades de acordo com a clínica do paciente: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: podem controlar com monoterapia as crises epilépticas de 50% dos pacientes; Neurologistas e neurologistas pediátricos: podem controlar mais 20% dos pacientes; Epileptologistas, neurocirurgiões e equipe: avaliação para confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico de epilepsia; Neurologista pediátrico, neurologista, pediatra, nutrólogo, nutricionista:

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

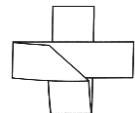
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Primidona 100mg comp. Vigabatrina 500mg comp. <u>Epilepsia</u> * Atualizado em 29/09/25			avaliação para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento com a dieta cetogênica. <u>Epilepsia</u> (PCDT)
EPILEPSIAS REFRATÁRIAS ÀS TERAPIAS DISPONÍVEIS NO SUS PARA SÍNDROME DE DRAVET, LENNOX-GASTAUT E NO COMPLEXO DE ESCLEROSE TUBEROSA (Protocolo Estadual) CANABIDIOL (CDB) mg/mL com até 0,2% de tetraidrocannabinol (THC) solução oral - frasco (idade acima de 2 anos) (INDISPONÍVEL: item em fase de aquisição. A definição da apresentação farmacêutica ocorrerá em cada processo licitatório, de acordo com o resultado do respectivo processo aquisitivo. Ver Nota Técnica nº 021/2025/GEAF/SESA) <u>Nota técnica</u>	- Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de Dravet, Lennox-Gastaut e no complexo de esclerose; (Link) - Relato médico (LME ou em laudo à parte) com descrição detalhada das crises e histórico médico, e do tratamento medicamentoso realizado; - Diário de crises (validade 90 dias). <u>Diário de crises - Epilepsia</u> - Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO (validade 3 meses). - Exames de imagem (sem validade): <ul style="list-style-type: none"> o Laudo de Eletroencefalograma compatível com achados com síndrome Lennox-Gasteut ou síndrome de Dravet; <u>OU</u> o Laudo de Tomografia Computadorizada de Crânio ou de Ressonância Magnética de Encéfalo com laudo, em casos de Complexo da Esclerose Tuberousa. 	- Relato médico quanto à tolerabilidade do tratamento, especialmente quanto a presença de efeitos adversos cognitivos e comportamentais. Periodicidade: Semestral - <u>Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de dravet, lennox-gastaut e no complexo de esclerose</u> (Link) Periodicidade: Semestral - Diário de registros de crises. Periodicidade: Semestral - Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO; Periodicidade: Semestral	G40.4 Q85.1 Neurologista, neuropediatra ou neurocirurgião (Exclusivamente) <u>Protocolo Estadual para Utilização de Produtos de Cannabis</u>
ESCLEROSE SISTÊMICA (Protocolo MS) Azatioprina 50mg comp. Ciclofosfamida 50mg drágea Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml sol.inj. Em ampola de 2ml Sildenafil 25mg e 50mg comp. <u>Esclerose Sistémica</u>	- Laudo médico informando o acometimento visceral predominante e a estratégia terapêutica definida de acordo com o acometimento visceral predominante (validade 90 dias) - Autoanticorpos específicos para ES (sem validade); - Hemograma completo (validade 90 dias). Para Azatiopina - AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias). Para Ciclofosfamida e Metotrexato: - hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina. Periodicidade: Trimestral	Para Azatioprina: - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. Periodicidade: Trimestral Para Ciclofosfamida e Metotrexato: - hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina. Periodicidade: Trimestral.	M34.0 M34.1 M34.8 Reumatologista Pneumologista (Preferencialmente) Recomenda-se a constituição de um centro de referência para avaliação, acompanhamento e administração de

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

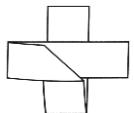
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



			imunossupressores em casos especiais de ES juvenil. Esclerose Sistêmica (PCDT)
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA (Protocolo MS) Riluzol 50mg comp. Esclerose Lateral Amiotrófica	<ul style="list-style-type: none"> - Eletroneuromiografia dos 4 membros (validade 24 meses); - Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (validade 90 dias); - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo; - TGO/TGP. <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.</p>	G12.2 Neurologista (Preferencialmente). Esclerose Lateral Amiotrófica (PCDT)
ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS) A lentuzumabe injetável, 12mg F/A (18 anos) Azatioprina 50mg comp. Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A Betainterferona 1B 9.600.000UI (300mcg) F/A Cladribina 10mg comp. Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos) Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos) Glatirâmer 40mg (seringa preenchida) Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS. - Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressonância magnética do crânio (validade 2 anos); ○ Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (validade 3 meses). ○ Exceto para acetato de glatirâmer e betainterferonas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PPD ou IGRA (validade 1 ano); ▪ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano). ▪ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); ▪ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. - Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (validade 3 meses); ○ Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção). Escala de EDSS - Esclerose Múltipla <p>Para A lentuzumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contra-indicação ao uso de Cladribina e ausência de contra-indicações ao uso do A lentuzumabe (validade 3 meses); - Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (validade 2 anos); - Creatinina sérica, exames de urina e TSH (validade 3 meses); <p>Para Betainterferonas, acrescentar:</p>	<p>Para TODOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de surtos; - Valor da Escala EDSS; - Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Betainterferonas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</p> <p>Para Fingolimode:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO, 	G35 Neurologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados. Esclerose Múltipla (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



**Teriflunomida 14mg comp
(18 anos)**

Esclerose Múltipla

- TSH (**validade 3 meses**).

Para Cladribina, acrescentar:

- relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contra-indicação ao uso de Natalizumabe (**validade 3 meses**);
- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (**validade 2 anos**);
- Hemograma (**validade 3 meses**);
- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (**validade 3 meses**).

Para Fingolimode, acrescentar:

- Relato médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila) E informando a ausência de contra-indicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica (**validade 3 meses**).

Para Natalizumabe, acrescentar:

- Relato médico informando a ausência de contra-indicação ao uso do Natalizumabe (**validade 3 meses**), associado a uma das opções abaixo:
 - Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade:
 - o Relato médico documentado este diagnóstico; (**validade 3 meses**);
 - o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; (**validade 2 anos**).
 - Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade:
 - o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contra-indicação ao uso de fingolimode (**validade 3 meses**);
 - o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (**validade 2 anos**).

ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas
Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.

- Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica
Periodicidade: anualmente.

Para Cladribina:

- Hemograma completo

Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento

Para Alemtuzumabe:

- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH

Periodicidade: 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.

**ESPASTICIDADE
(Protocolo MS)**

Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A

Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A

Espasticidade

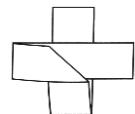
- βHcG para mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**);
- Relato médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (**validade 3 meses**);
- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).

G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2
 G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 /
 I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8
 T90.5 / T90.8

Espasticidade
 (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

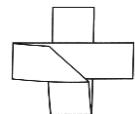
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>ESPONDILITE ANCILOSANTE (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável</p> <p>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 25mg (Abaixo de 18 anos)</p> <p>Etanercepte 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Golimumabe 50mg injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Infliximabe 10mg/ml injetável</p> <p>Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido</p> <p>Naproxeno 500mg comprimido</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (Acima de 18 anos)</p> <p>Sulfassalazina 500mg comprimido</p> <p>Espondilite Ancilosante</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 2 anos); - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Relato médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (validade 3 meses); o Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> o PPD ou IGRA (validade 1 ano); o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor de BASDAI ou ASDAS; <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Metotrexato e Naproxeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, TGO, TGP. <p>Periodicidade: Trimestral</p>	<p>M45 M46.8</p> <p>Reumatologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista.</p> <p>Espondilite Ancilosante</p>
<p>ESQUIZOFRENIA (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25mg e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5mg e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p>	<p>- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum – (validade 3 meses)</p> <p>Para Clozapina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo (validade 30 dias). 	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Só para Clozapina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. <p>Periodicidade: Mensal.</p>	<p>F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8</p> <p>Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

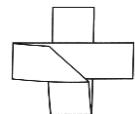
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Ziprasidona 40mg e 80mg comp. Esquizofrenia			<p>Casos especiais: Geriatra: Somente para idosos com Doença de Alzheimer Neurologista: pacientes epilépticos que apresentam co-morbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações.</p> <p>Esquizofrenia</p>
ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA Dapagliflozina 10mg comp Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando: <ul style="list-style-type: none"> o O estágio da DRC que o paciente se encontra; o Se paciente é diabético ou não; o O tratamento medicamentoso atualmente em uso descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte; (validade 3 meses). - Creatinina sérica (validade 3 meses); - Para pacientes não diabéticos, acrescentar razão Albumina/Creatinina (RAC) urinária (validade 3 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando o estágio da DRC que o paciente se encontra. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - EAS, Creatinina sérica, Potássio sérico e RAC urinária. <p>Periodicidade: Anual (a depender da clínica, pode-se solicitar exames complementares para monitorização).</p>	<p>N18.2 N18.3 N18.4 N18.5</p> <p>Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica</p>
FENILCETONÚRIA (Protocolo MS) Complemento alimentar isento de fenilalanina Sapropterina 100mg compr. (Somente sexo feminino)	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames semanais consecutivos) - (sem validade) <p>Para dispensação de Sapropterina para realização do Teste de responsividade, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relato médico informando diagnóstico de Fenilcetonúria (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC e se paciente está em período gestacional ou não (validade 30 dias). <p>Para dispensação de Sapropterina durante o período periconcepcional e gestação, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo RESPONSIVO ao teste de responsividade à Sapropterina sapropterina (sem validade); ▪ Beta HCG ou relato médico que paciente está em período periconcepcional (validade 30 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Fenilalanina sérica: <p>Periodicidade: trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos meses consecutivos)</p>	<p>E70.0 E70.1</p> <p>Fenilcetonúria (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

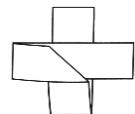
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cápsula</p> <p>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</p> <p><u>Fibrilação Atrial Não Valvar</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico (sem validade). - Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc) com resultado maior ou igual a 2 (sem validade). <u>Formulário - Escala de CHA2DS2-VASc</u> - Creatinina sérica ou clearance de creatinina (validade 3 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: semestral. <p>Obs 1.: Para pacientes em uso de Dabigatran, o clearance de creatinina (CICr) deve estar maior que 30ml/min.</p> <p>Obs 2.: Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o CICr deve estar maior que 15ml/min. A dose recomendada é 20 mg 1x/dia. Para pacientes com função renal com alteração moderada (Clearance de Creatinina entre 15 a 50 ml/min) a dose recomendada é 15 mg 1x/dia.</p>	<p>I48 I63.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial</u></p> <p><u>Dabigatran - Critérios de utilização na fibrilação atrial não valvar</u></p>
<p>FIBROSE CÍSTICA (Protocolo MS)</p> <p>Alfadornase 2,5mg solução injetável *</p> <p>Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.* (Idade entre 6 e 11 anos)</p> <p>Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.* (acima de 6 anos)</p> <p>Ivacaftor 150mg comp. (acima 6 anos)</p> <p>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.</p> <p>Tobramicina 300mg solução inalatória *</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística (sem validade). <p>Para Alfadornase, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce (validade 3 meses). <p>Para Pancreatina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente (validade 3 meses). <p>Para Ivacaftor, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cópia de exame de uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R (sem validade). <p>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME. <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina. <p>Periodicidade: no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>- Espirometria</p> <p>Periodicidade: anual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam: <ul style="list-style-type: none"> - Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio; - Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação 	<p>E84.0 (exceto pancreatina)</p> <p>E84.1 (Exceto alfadornase e Tobramicina)</p> <p>E84.8 (para todos)</p> <p>O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC.</p> <p><u>Fibrose Cística</u> (PCDT)</p>	

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



*medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva)

FIBROSE CÍSTICA
(Protocolo MS)

[Fibrose Cística](#)

creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (**validade 3 meses**);
 - Espirometria (**validade 6 meses**);
 - Laudo de cultura de secreção respiratória (**validade 3 meses**);
 - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.

Para Tobramicina, acrescentar:

- Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada Pseudomonas aeruginosa (**validade 3 meses**).

ao ano anterior;
 - Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios;
 - Melhora do estado nutricional, medido pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver outra explicação;
 - Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador.
Periodicidade: 12º mês de uso

- Dosagem quantitativa de cloreto no suor
Periodicidade: Entre o 3º e 12º mês de uso.

FIBROSE CÍSTICA
(Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)

Budesonida 200mcg cáps inal

Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal

Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml

Omalizumabe 150mg injetável

Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg

E84.0
 E84.1
 E84.8
 E84.9

Para abertura do processo:
 - [Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente \(validade 3 meses\)](#)

- Campimetria (**validade 1 ano**);
 - Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (**validade 1 ano**).

- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:
 - [Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justificando a substituição \(validade 3 meses\)](#)

- Medida da PIO basal.
Periodicidade: semestral.

- Campimetria.
Periodicidade: anual.

H40.1
 H40.2
 H40.3
 H40.4
 H40.5
 H40.6
 H40.8
 Q15.0

Oftalmologista
 (Exclusivamente)

GLAUCOMA
(Protocolo MS)

Acetazolamida 250mg comprimido

Bimatoprost 0,3mg/mL sol oftalmica

Brimonidina 2mg/mL sol oftalmica

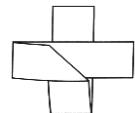
Brinzolamida 10mg/mL sol oftalmica

Dorzolamida 20mg/mL sol oftalmica

Latanoprost 0,05mg/mL sol oftalmica

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

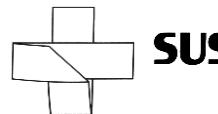
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica Timolol 5mg/mL sol oftálmica Travoprost 0,04mg/mL sol oftálmica <u>Glaucoma</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades 		<u>Glaucoma</u> (PCDT)
HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS) Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL (idade acima de 14 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (validade 3 meses); - Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (sem validade); - Cópia de exame lactato desidrogenase (validade 3 meses); - Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (sem validade); ou Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (sem validade); ou Cópia de ecocardiograma com PSAP > 35 (sem validade); ou Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (validade 3 meses); ou Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (validade 3 meses). - Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (validade 3 meses); - Exames laboratoriais: Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina (validade 3 meses); - <u>Questionário de avaliação da qualidade de vida</u> (validade 3 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo a evolução clínica. Periodicidade: trimestral. - Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito Periodicidade: trimestral. - Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), índice de saturação de Trasferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina. Periodicidade: semestral. - <u>Questionário de avaliação da qualidade de vida</u>. Periodicidade: semestral. 	D59.5 <u>Hemoglobinúria Paroxística Noturna</u> (PCDT)
HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS) Azatioprina 50mg comp. <u>Hepatite Autoimune</u>	<p>Relato médico em LME com descrição se há presença de sintomas constitucionais incapacitantes ou cirrose com atividade inflamatória e a pontuação obtida no escore de diagnóstico, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para pacientes sem outras doenças autoimunes concomitantes, informar a pontuação obtida no ERDHAL; ou - Para pacientes com doenças autoimunes, informar a pontuação obtida nos critérios simplificados para diagnóstico de HAI. <p>Exames sanguíneos utilizados para a pontuação obtida em seu respectivo escore</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	K75.4 <u>Hepatite Autoimune</u> (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

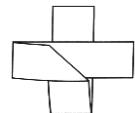
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



	<p>de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none">- ALT/TGP, AST/TGO e fosfatase alcalina (validade 3 meses);- Gamaglobulina ou IgG (validade 1 ano);- FAN/anti-músculo liso ou anti-LKM-1 (validade 1 ano);- Sorologias de hepatites virais: anti-HAV IgM; HBsAg; Anti-HBc total; Anti-HCV e HCV-RNA qualitativo (validade 1 ano);- Biópsia hepática (sem validade).		
HEMANGIOMA INFANTIL (Protocolo MS) Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI Hemangioma Infantil	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;- Exames laboratoriais: TSH, ALT/TGP, AST/TGO, TAP (validade 3 meses).	<ul style="list-style-type: none">- Exames laboratoriais: hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, TSH (somente para casos de hipotireoidismo). <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	D18.0 Pediatra (Preferencialmente) Hemangioma Infantil (PCDT)
HIDRADENITE SUPURATIVA (Protocolo MS) Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida (Acima de 18 anos) Hidradenite Supurativa	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a história e a localização anatômica das lesões, o estágio evolutivo da doença em que o paciente se encontra utilizando a classificação de <i>Hurley</i> e os tratamentos prévios realizados (validade 3 meses); e- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (validade 3 meses); e- PPD ou IGRA (validade 1 ano); e- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); e- Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); e- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da <i>HiSCR</i> (<i>Hidradenitis Suppurativa Clinical Response</i>) <p>Periodicidade: trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral</p>	L73.2 Dermatologista (Preferencialmente). Hidradenite Supurativa (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

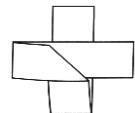
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (Protocolo MS) Fludrocortisona 0,1mg comp. Ciproterona 50 mg comp. Hiperplasia Adrenal Congenita	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) (validade 3 meses); - Dosagem de sódio e potássio séricos <u>OU</u> dosagem renina plasmática e aldosterona (validade 3 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. Periodicidade: Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral. - Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. Periodicidade: Trimestral. 	E25.0 Endocrinologista (Preferencialmente) Hiperplasia Adrenal Congênita
HIPERPROLACTINEMIA (Protocolo MS) Cabergolina 0,5 mg comp. Bromocriptina 2,5mg comp. (Indisponível ver Nota Técnica nº 016/2021/GEAF/SESA) Hiperprolactinemia	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de macroprolactina (validade 3 meses); - Dosagem de prolactina (validade 3 meses); - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (validade 1 ano); - Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (validade 3 meses); - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); - Ecocardiografia transtorácica:obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (validade 6 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Prolactina. Periodicidade: Anual ou nos casos de mudança de dose. - Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. Periodicidade: 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica. 	E22.1 Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente) Hiperprolactinemia (PCDT)
HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS) Sildenafil 20 mg comp. Ambrisentana 5mg e 10mg comp. Bosentana 62,5mg e 125mg comp. Iloprost 10 mcg/mL solução para nebulização Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp. Hipertensao Arterial Pulmonar	<p>Para início de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO₂) (validade 1 ano); - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses); - Laudo médico informando (validade 3 meses): <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>; ○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente; ○ Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M); ○ Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica. <p>Para associação ou substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando (validade 3 meses): <ul style="list-style-type: none"> ○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente; <p>Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição em LME da avaliação clínica do paciente, informando classe funcional NYHA/OMS e a estratificação de risco do paciente com o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). Periodicidade: Semestral. <p>Somente para Ambrisentana e Bosentana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após semestral.</p>	I27.0 I27.2 I27.8 Pneumologista (Preferencialmente) Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia Hipertensão Arterial Pulmonar (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

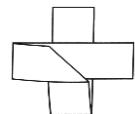
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



HIPOPARATIREOIDISMO (Protocolo MS) Calcitriol 0,25mcg cáps. <u>Hipoparatiroidismo</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Exames laboratoriais (validade 3 meses): <ul style="list-style-type: none"> o Dosagem de cálcio total e albumina, OU cálcio iônico; o PTH; o Fósforo e magnésio; o Creatinina e calciúria 24h; o Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina; - Peso atual do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas. <p>Periodicidade: Mensal até normalização e após, semestral.</p>	<p>E20.0 / E20.1 E20.8 / E89.2</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia.</p> <p><u>Hipoparatiroidismo</u> (PCDT)</p>
ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS) Acitretina 10mg e 25mg cáps. <u>Ictiose Hereditaria</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Fosfatase alcalina; Bilirrubinas; - Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO; - Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos; - Uréia; Creatinina; - Glicose; Hemograma completo; - EAS; - Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças. <p>*Validade 90 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); 	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Crianças (até 19 anos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densitometria óssea em maiores 60 anos. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>L44.0/ Q80.0/ Q80.1 Q80.2/ Q80.3/ Q80.8 Q82.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p><u>Ictioses Hereditárias</u> (PCDT)</p>
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS) Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g. <u>Imunodeficiencia Primaria</u>	<p>Para todos os CIDs (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de IgG total, IgA, IgM; - Hemograma completo; - Uréia e Creatinina; - ALT, AST e Albumina sérica. <p>Incluir somente para o CID D80.3 (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subclasses de IgG. <p>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B; - Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti – tétano, anti – difteria, anti – rubéola, anti – hepatite B, anti – sarampo; - Dosagem de anticorpos anti- polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D80.0/ D80.1/ D80.3/ D80.5/ D80.6/ D80.7/ D80.8/ D81.0/ D81.1/ D81.2/ D81.3/ D81.4/ D81.5/ D81.6/ D81.7/ D81.8/ D82.0/ D82.1/ D83.0/ D83.2/ D83.8</p> <p>Imunologista e Geneticista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista.</p> <p><u>Imunodeficiencia Primária com predominância de defeitos de Anticorpos</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

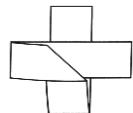
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato de mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg caps</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Cardíaco</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgate) - Não são exigidos exames iniciais. <p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p>	<p>Para Azatioprina e Micofenolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal nos primeiros 2 meses de uso, depois a cada alteração de dose ou a critério médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amilase, ALT/TGP e AST/TGO <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Tacrolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina <p>Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>Z94.1 T86.2</p> <p>Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Cardíaco</u> (PCDT)</p>
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos (sem validade); - Resumo de alta hospitalar (validade 3 meses). <p><u>Imunossupressão do transplante Hepático em Pediatria</u></p>	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para Ciclosporina e Tacrolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica. <p>Periodicidade: Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

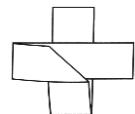
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Sirolimo 1mg e 2mg.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>			
<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos (sem validade);- Resumo de alta hospitalar (validade 3 meses).	<p>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo: - Dosagem sérica do respectivo medicamento</p> <p>Periodicidade: quando houver ajuste de dose.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo: - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio,</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para: Azatioprina - Hemograma completo.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações.</p> <p>Periodicidade: a critério médico.</p>	<p>T86.4 Z94.4</p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos (PCDT)</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

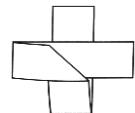
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



<p>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</p> <p>Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg</p> <p>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</p> <p><u>Imunossupressão do Transplante Renal</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não são exigidos exames iniciais. - Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias: <ul style="list-style-type: none"> o Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não); o HLA; o Tempo de isquemia; o Reatividade contra painel; o Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência; o Se trata de retransplante. - Alta hospitalar. <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Para Azatioprina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro. <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo. <p>Periodicidade: a critério médico.</p> <p>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose. <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Z94.0 T86.1</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p><u>Imunossupressão no Transplante Renal (PCDT)</u></p>
<p>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON (Protocolo MS)</p> <p><u>Insuficiencia Adrenal Primaria</u></p> <p>Fludrocortisona 0,1mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem basal de Cortisol e de ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) <u>ou</u> Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona (validade: 3 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagens séricas de renina, sódio e potássio. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar registros das medidas de pressão arterial. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>E27.1 E27.4</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p><u>Insuficiência Adrenal (PCDT)</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM
FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**

Dapagliflozina 10mg comp

**Sacubitril Valsartana Sódica 50mg,
100mg e 200mg comprimido**

[Insuficiência Cardíaca com Fração de
Ejeção Reduzida](#)

* Atualizado em 17/10/2024

- Relato do médico assistente informando:
 - Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra;
 - Tratamento prévio com descrição dos medicamentos utilizados (**validade 3 meses**).
 - Ecocardiograma transtorácico (validade: 12 meses para início de tratamento ou aos pacientes que estão em uso de comprimidos de Dapagliflozina ou sacubitril valsartana apresentar este exame previamente ao início de seu uso (sem validade));
- Para **sacubitril valsartana**, acrescentar:
 - Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-ProBNP) (**sem validade**);

- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME.
- Periodicidade: semestral.**

I50.0
I50.1
I50.9

[Insuficiência Cardíaca com
Fração de Ejeção Reduzida](#)
(PCDT)

**INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA
EXÓCRINA (Protocolo MS)**

**Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI
cápsulas**

[Insuficiencia Pancreatica Exocrina](#)

- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia (**3 meses validade**):
 - teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal
- Associado a:**
 - Exame de imagem com alterações condizentes com pancreatite crônica (sem validade):
 - Radiografia simples de abdome; ou Ultrassonografia de abdome; ou Ecoendoscopia; ou Tomografia computadorizada de abdome; ou Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER); ou ressonância magnética de vias biliares.
- Exceção:**
 - Em casos de câncer pancreático, somente: laudo médico associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).
 - Em casos de ressecções pancreáticas, somente: laudo cirúrgico ou cópia de exame de imagem, associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).

- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME.
- Periodicidade: semestral.**

K86.0
K86.1
K90.3

Gastroenterologista
(Preferencialmente).

[Insuficiência Pancreática
Exócrina](#)
(PCDT)

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA
(Mini-protocolo Estadual)**

Oxibutinina 5 mg

Oxibutinina 10 mg

Tolterodina 4 mg*

(Registro descontinuado temporariamente na
ANVISA - Nota Técnica nº012/2020)

- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (**validade 90 dias**);
- Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboraram no processo terapêutico (**validade 90 dias**).

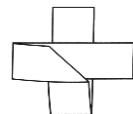
R32
N30.0 / N31.0 / N31.9
N32.0 / N33.0 / N39.0

Urologista
Nefrologista
(Preferencialmente)

[Oxibutinina - \(cloridrato de
oxibutinina\) e Tolterodina
\(tartarato de tolterodina\) -
Critérios de utilização](#)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

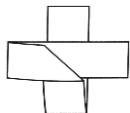
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)	<ul style="list-style-type: none"> - Histerosalpingografia <u>OU</u> - Histeroscopia <u>OU</u> - Histerossonografia <u>OU</u> - Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>OU</u> - Tomografia computadorizada <u>OU</u> - Ressonância magnética <u>OU</u> - Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem). <p>*Validade 1 ano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia e hemograma. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>D25.0 D25.1 D25.2</p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia.</p> <p><u>Leiomioma (PCDT)</u></p>
Gosserrelina 3,6mg injetável			
Gosserrelina 10,8 mg injetável			
Leuprorrelina 3,75 mg			
Leuprorrelina 11,25 mg injetável* (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº004/2023)			
Triptorrelina 3,75mg injetável			
Leiomoma do Útero			
LINFANGIOLEIOMATOMOSE	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente - Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade) - Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade); - Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de abdôme (sem validade); ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou - Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou - Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica do medicamento. <p>Periodicidade: Semestral ou quando houver ajuste de dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>J84.8</p> <p><u>Linfangioleiomiomatose</u></p>
Sirolimo 1mg e 2mg comp			
<u>Linfangioleiomiomatose</u>			
LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS)	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI (<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI <p>Periodicidade: Semestral.</p>	<p>L93.0 L93.1 M32.1 M32.8</p>
Azatioprina 50 mg comp.			
Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, Uréia e creatinina, EAS, Complemento C3 e C4, Eletroforese de proteínas, Avaliação de auto-anticorpos: anti-DNA nativo (validade 90 dias). - FAN (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, complementos C3 e C4. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>Reumatologista (Preferencialmente)</p>
Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)	<p>Para LES + NEFRITE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urocultura, Proteínuria 24 hs, Albumina, Eletrólitos (sódio e potássio) (validade 90 dias) 		<p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

**Ciclofosfamida 50 mg drágea**

Danazol 100mg cáps.
 (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)

Hidroxicloroquina 400 mg comp.**Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável****Micofenolato de mofetila 500 mg comp.**
 (somente para Nefrite Lúpica)[Lúpus Eritematoso Sistêmico](#)

*Atualizado em 16/11/2022

ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente

- Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (**sem validade**)

Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:
 - Teste de Coombs direto, Reticulócitos, DHL (desidrogenase lática).
(validade 90 dias)

Para LES + TROMBOSE:

- Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM.
(validade 90 dias)

Para Hidroxicloroquina:

Avaliação oftalmológica (**validade 1 ano**).

Para Metotrexato

- Creatinina e uréia.

Periodicidade: Trimestral.

Para Ciclosporina

- Creatinina e uréia.

Periodicidade: Trimestral.

- Dosagem sérica de ciclosporina

Periodicidade: Semestral.

Para Ciclofosfamida

- creatinina, uréia, sódio e potássio.

Periodicidade: trimestral.

- Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino.

Periodicidade: Anual.

Para Hidroxicloroquina

- Avaliação oftalmológica.

Periodicidade: Anual.

Para Danazol

- TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicerídeos.

Periodicidade: Trimestral.

Casos especiais devem ser tratados por médicos qualificados, em serviço especializado. Gestantes, lactantes, crianças e pacientes com manifestações graves associadas ao LES também devem ser encaminhadas para serviço especializado.

[Lúpus Eritematoso Sistêmico](#)
[PCDT](#)

**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO,
 DOENÇA DO ENXERTO CONTRA
 HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E
 SÍNDROME MIELODISPLÁSICA****Talidomida 100 mg comp.**

- Não é exigido LME;
- Notificação de receita de talidomida;
- Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade **OU** Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;
- Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – **validade 90 dias**;
- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (**Validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**).

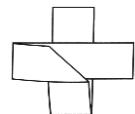
- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.

**M32/ L93.0/ L93.1
 T86.0/ C90.0/D46.0
 D46.1/ D46.4**

Hematologista
 Reumatologista
 (Preferencialmente)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

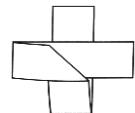
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</p> <p>Piridostigmina 60mg comp.</p> <p>Miastenia Gravis</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato em LME das manifestações clínicas compatíveis com MG; - Exames confirmatório de diagnóstico (sem data de validade): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo de Eletroneuromiografia; ou ▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetylcolina <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP (validade 3 meses) <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Creatinina e uréia (validade 3 meses) <p>Para Imunoglobulina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) (validade 90 dias). - Creatinina e uréia (validade 90 dias) - Dosagem sérica de IgA (validade 90 dias) 	<p>Para Azatioprina: Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Ciclosporina: - Nível sérico de ciclosporina.</p> <p>Periodicidade: Anual</p> <p>- Creatinina e uréia</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>G70.0 G70.2</p> <p>Miastenia Gravis (PCDT)</p>
<p>MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</p> <p>Miopatias Inflamatórias</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico descrevendo o diagnóstico sindrômico identificando o fenótipo clínico do paciente. - Exames laboratoriais: <ul style="list-style-type: none"> o creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase; e o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e desidrogenase láctica (DHL) (validade 90 dias); <p>Para Ciclosporina e Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creatinina e uréia (validade 90 dias). <p>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame oftalmológico (validade 1 ano). <p>Para Imunoglobulina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de IgA (validade 90 dias) <p>Obs. A depender do contexto clínico, podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico quanto a evolução da atividade da doença, através da descrição da força muscular em quadríceps, deltoides e flexores de pescoço ou por um dos instrumentos de avaliação da atividade de miopatias inflamatórias descritos no PCDT-MS. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPK ou aldolase. <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemograma completo, fosfatase alcalina, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia, creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG (para mulheres em idade fértil). <p>Periodicidade: Semestral</p> <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e uréia. 	<p>M33.0 (para todos)</p> <p>M33.1 (para todos)</p> <p>M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p>PCDT-MS.</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

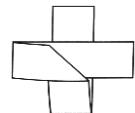
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



		<p>Periodicidade: Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico em LME quanto ao monitoramento da pressão arterial sistêmica. <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total e frações, triglicerídeos e potássio sérico. <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame oftalmológico. <p>Periodicidade: Anual.</p>	
<p>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I (Protocolo MS)</p> <p>Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5ml</p> <p><u>Mucopolissaridose Tipo I</u></p> <p>* Atualizado em 12/04/2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos ou leucócitos E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan e dermatan (DS) OU ○ Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E exame genético com presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene IDUA. - Questionário de qualidade de vida validado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente com avaliações atualizadas do peso e altura, da pressão arterial, da hepatometria e da mobilidade articular; e a adesão ao número de infusões previstas no período; <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de qualidade de vida validado; <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E76.0</p> <p>Tratamento é recomendado que seja feito por equipe em serviços especializados.</p> <p><u>Mucopolissaridose Tipo I</u> (PCDT)</p>
<p>MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II (Protocolo MS)</p> <p>Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml</p> <p><u>Mucopolissacaridose Tipo II_ Idursulfase</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame de comprovação diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cópia de exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; ou ○ Cópia do exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) determinada na mesma amostra de plasma, fibroblasto, leucócito; e da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade de IDS); e dosagem de glicosaminoglicanos na urina; - Laudo médico contendo a história clínica, peso, altura, pressão arterial (validade 90 dias); - Laudo de neurologista descrevendo a avaliação neuropsicomotora (validade 90 dias); - Hepatometria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal); 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de glicosaminoglicanos na urina; e - Laudo médico contendo a evolução clínica, peso, altura, pressão arterial; e - Hepatometria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal). <p>Periodicidade: semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de qualidade de vida validado; <ul style="list-style-type: none"> - Laudo de médico neurologista descrevendo o desenvolvimento neuropsicomotor. <p>Periodicidade: anual.</p>	<p>E76.1</p> <p>Geneticista Neurologista Pediatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser feito por equipe em serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade.</p> <p><u>Mucopolissacaridose do tipo II</u> (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

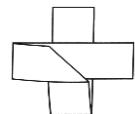
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de qualidade de vida validado; - Laudo de radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (póstero-anterior), coxofemorais (póstero-anterior) e ambas as mãos (validade 90 dias). 		
<u>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A</u> (PCDT-MS) Alfaelosulfase 1 mg/ml injetável. <u>Mucopolissacaridose Tipo IV A-1</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; OU Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS. - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses); - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); - Eocardiograma (validade 180 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M); - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos; - Eocardiograma; - Espirometria; <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	E76.2 Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar em serviços especializados. <u>Mucopolissacaridose tipo IV A</u> (PCDT)
<u>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI</u> (PCDT-MS) Galsulfase 1mg/ml injetável <u>Mucopolissacaridose Tipo VI</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> Atividade da ASB em fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS) OU Atividade da ASB em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método E Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene ASB. - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: <ul style="list-style-type: none"> Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses); Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); 	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); <p>Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M); Periodicidade: semestral. Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador); Periodicidade: semestral no primeiro ano, após, anual. 	E76.2 Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar <u>Mucopolissacaridose tipo VI</u> (PCDT)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

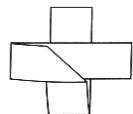
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</p> <p>Ertapenem 1g injetável F/A</p> <p>Teicoplanina 400mg injetável F/A</p> <p><u>Osteomielite Crônica</u></p> <p>*Atualizado em 14/10/2022</p>	<p>- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado (validade 90 dias).</p> <p>- Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. (validade 90 dias)</p>	<p>- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP.</p> <p>Periodicidade: trimestral.</p>	<p>M46.2 M86.4 M86.6 M86.9</p> <p>Infectologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Osteomielite Crônica (Protocolo Estadual)</u></p>
<p>Osteoporose (Protocolo MS)</p> <p>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</p> <p>Calcitonina 200UI Spray Nasal</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps.</p> <p>Pamidronato 60 mg injetável F/A</p> <p>Raloxifeno 60mg comp.</p> <p>Risedronato 35 mg comp</p> <p>Romosozumabe 90mg/mL seringa com 1,17mL (equivalente a Romosozumabe 105mg seringa) (somente mulheres)</p> <p><u>Osteoporose</u></p>	<p>Para Todos:</p> <p>- Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de osteoporose preenchido pelo médico assistente (validade 90 dias)</p> <p>- Densitometria óssea (validade 1 ano)</p> <p>- Exames laboratoriais: cálcio sérico, 25- hidroxivitamina D e creatinina ou clearance de creatinina (validade 90 dias).</p> <p>- Caso apresente histórico de fratura osteoporótica: anexar laudo da radiografia que evidencia a fratura (sem validade);</p> <p>- Caso apresente intolerância ou dificuldades de deglutição aos bisfosfonatos orais: anexar laudo do gastroenterologista e/ou exame de Endoscopia Digestiva Alta referente à doença gastrointestinal (sem validade).</p>	<p>Para todos:</p> <p>- Densitometria óssea</p> <p>Periodicidade: a cada 2 anos.</p> <p>- Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e cálcio e clearance de creatinina</p> <p>Periodicidade: semestral</p> <p>Romosozumabe: Período máximo de fornecimento de 1 ano.</p>	<p>M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1</p> <p>(APENAS PARA MULHERES)</p> <p>M80.2 / M80.3 M80.4 / M80.5 M80.8 / M81.2 M81.3 / M81.4 M81.5 / M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 / M82.8 M85.8</p> <p>(AMBOS OS SEXOS)</p> <p><u>Osteoporose (PCDT)</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

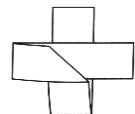
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Protocolo MS) Palivizumabe 50mg/mL e 100mg/mL injetável F/A</p>	<p>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade: -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas em unidade de cuidado neonatal); -Para pacientes cardíopatas: relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (Anexo I). Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade: -Formulário de solicitação de palivizumabe; -Receita médica atualizada; -Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas); -Para pacientes cardíopatas: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (Anexo II). -Para pacientes com doença pulmonar crônica: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticóide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (Anexo III).</p>	<p>Formulário para Solicitação de Palivizumabe</p>	<p>Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório</p>
<p>POLINEUROPATHIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (Protocolo MS) Tafamidis 20mg - comp (acima de 18 anos) Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p>	<p>- Biópsia do órgão afetado com comprovação do depósito amilóide; OU Exame de DNA, com a presença de mutação do gene da TTR; (realizados a qualquer momento – sem prazo de validade); - Laudo médico (validade 90 dias) contendo: * Sintomatologia apresentada; * Estágios de gravidade da doença (I, II, III ou IV) de acordo com a incapacidade de deambulação do paciente e o grau de assistência necessário; * Histórico familiar da doença; * Informação se paciente foi submetido a transplante hepático; - Exames laboratoriais (validade 90 dias): * Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); - Beta-HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade); Obs. Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<p>- Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); - Beta-HCG (mulheres em idade fértil) Periodicidade: Semestral</p>	<p>E85.1 Neurologista Cardiologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos preferencialmente em serviços de atenção especializada em doenças raras. Polineuropatia Amiloidótica Familiar</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

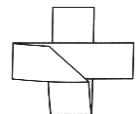
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</p> <p>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</p> <p>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</p>	<p>Para paciente com previsão de transplante para os próximos 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doença hepática Crônica Terminal por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg (+) - HBeAg - Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Hepatite fulminante por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> - Anti-HBc IgM (+). <p>Para paciente pós – transplantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase [não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-)], HBsAg, Anti-HBc IgM. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml; Portadores de HIV; Idade < 12 anos; Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B. 	<ul style="list-style-type: none"> Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. <p>Periodicidade: 1º, 4º e 7º mês.</p> <ul style="list-style-type: none"> Anti – HBs, ALT e AST. <p>Periodicidade: Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais).</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg. <p>Periodicidade: Semestral (não obrigatório).</p>	<p>B18.0 B18.1 B16.0 B16.2</p> <p>Infectologista Gastroenterologista (Preferencialmente).</p>
<p>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO (Critério de Uso - Estadual)</p> <p>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cáps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (validade 90 dias). Idade maior que 18 anos. Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min. <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no máximo 90 dias.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- exame de clearance de creatinina (validade 90 dias); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (validade de 90 dias) e peso atualizado do paciente. 	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min). Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min). 	<p>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</p> <p>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</p> <p>M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente)</p> <p><u>Dabigatran - Critérios de utilização na profilaxia da TVP</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

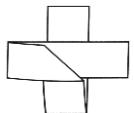
ATUALIZADO EM 09/12/2025.



<p>PSORÍASE (Protocolo MS)</p> <p>Acitretina 10mg e 25mg caps.</p> <p>Adalimumabe 40mg seringa (acima 6 anos)</p> <p>Calcipotriol 50mcg/g pomada</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</p> <p>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</p> <p>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</p> <p>Risanquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável</p> <p><u>Psoriase</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p>Para todos os medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando o grau de gravidade das lesões informado o valor do índice de extensão da psoríase – PASI ou do Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI). Incluir no laudo, a informação sobre o uso de quaisquer medicamentos (validade 3 meses) - Exceto para calcipotriol: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma Completo, ureia, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, Gama-GT (validade 3 meses); ○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. <p>Para Calcipotriol, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cálcio Sérico (validade 3 meses). <p>Para Acitretina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (validade 3 meses) - Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (validade 1 ano). <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilirrubinas, Colesterol total e frações, triglicerídeos, sódio, magnésio, potássio, ácido úrico e EAS (validade 3 meses). <p>Para Metotrexato, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albumina, EAS (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> ○ PPD ou IGRA (validade 1 ano); ○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); ○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); ○ Creatinina, Proteína C reativa (PCR), EAS (validade 3 meses). 	<p>Para todos os medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice PASI ou DLQI <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Acitretina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, AST/TGO, ALT/TGP. <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil <p>Periodicidade: Mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para crianças: Raios-X de mãos e punhos. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia, Creatinina. <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. <p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT e PCR <p>Periodicidade: trimestral</p>	<p>L40.0 L40.1 L40.4 L40.8</p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p>Psoríase (PCDT)</p>
<p>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</p> <p>Ciproterona 50mg comp.</p> <p>Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida</p> <p>Leuprorrelina 3,75 mg e 45mg injetável</p>	<p>- Relato médico informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios (validade 3 meses)</p> <p>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (validade 3 meses)</p> <p>- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (validade 3 meses);</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina.</p> <p>Periodicidade: no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose</p> <p>- Laudo da radiografia das mãos e punhos com</p>	<p>E22.8</p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico.</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

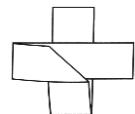
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Triptorelin 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável</p> <p><u>Puberdade Precoce Central</u></p> <p>*Atualizado em 26/12/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos de todas as idades e para meninas até 06 anos. (validade 2 anos); - Ultrassonografia pélvica para meninas (validade 2 anos); - Dosagem de LH (validade 3 meses); - Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, (exceto para meninas menores de 3 anos) (validade: 2 anos). <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. (validade 3 meses). <p>Observação 2: para o teste de provação: documentos necessários estão em termo específico.</p> <p><u>Formulário Teste Leuprarelina</u></p> <p><u>Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprarelina</u></p>	<p>determinação da idade óssea.</p> <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. <p>Periodicidade: semestral</p>	<p><u>Puberdade Precoce Central (PCDT)</u></p>
<p>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclofosfamida 50 mg drágea</p> <p>Danazol 100mg cáps. (Indisponível - Nota Técnica nº 021/2024)</p> <p>Eltrombopague 25mg e 50mg.</p> <p>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</p> <p><u>Púrpura Trombocitopenica Idiopatica</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médico detalhando a evolução clínica, tempo de diagnóstico de PTI e os tratamentos prévios realizados (validade 3 meses); - Hemograma completo (validade 1 mês); <p>Para Ciclofosfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) <p>Para Eltrombopague:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (validade 3 meses). 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: trimestral ou a cada solicitação de aumento de dose.</p> <p>Periodicidade: Trimestral:</p> <p>Azatioprina: ALT/TGP e AST/TGO.</p> <p>Ciclofosfamida: Creatinina.</p> <p>Eltrombopague: ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina.</p> <p>Para Danazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos. <p>Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia abdominal. <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>D69.3</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços de hematologia.</p> <p><u>Púrpura Trombocitopenica Idiopatica (PCDT)</u></p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

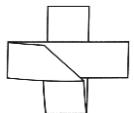
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCIA (Protocolo MS)</p> <p>Burosumabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos)</p> <p>Calcitriol 0,25mcg cáps</p> <p>Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada) (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT)</p> <p>Fósforo elementar 250mg cáps (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT)</p> <p><u>Raquitismo e Osteomalacia</u></p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens séricas de 25-Hidroxivitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias) - Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias) - Gasometria venosa (validade 90 dias) - Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano) <p>Para Burosumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico genético de HLX (sem validade) <p>Exames não obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade) 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiografia das áreas afetadas. <p>Periodicidade: No 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, trimestral.</p> <p>Para burosumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxivitamina D. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral. - Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. Periodicidade: No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral. - Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: semestral no primeiro ano. Após, anual. <p>Para Calcitriol, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, Trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral. - Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral. - Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica. <p>Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. Periodicidade: Trimestral. - Dosagem urinária de cálcio. Periodicidade: Trimestral - Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Periodicidade: anual. 	<p>E55.0 E55.9 E64.3 E83.3 M83.0 M83.1 M83.2 M83.3 M83.8</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p><u>Raquitismo e Osteomalacia (PCDT)</u></p>
<p>RETOCOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (validade 3 meses); - Laudo dos exames: 	<p>Para Azatioprina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p>	<p>K51.0 K51.2 K51.3 K51.5</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

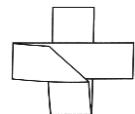
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Mesalazina 400 mg, 500 mg e 800 mg comp.</p> <p>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg suposório</p> <p>Mesalazina 2g sachê</p> <p>Mesalazina enema 1g + diluente 100ml</p> <p>Sulfassalazina 500 mg comp.</p> <p>Infliximabe 100mg F/A (acima 6 anos)</p> <p>Tofacitinibe 5mg comp. (acima 18 anos)</p> <p>Vedolizumabe 300mg F/A (acima 18 anos)</p> <p><u>Retocolite Ulcerativa</u></p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p>Endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano); e Histopatológico (sem validade) *. *em caso de diagnóstico recente ou doença ativa poderá ser solicitado exame recente.</p> <p>Para Azatioprina, acrescentar: - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses).</p> <p>Para Ciclosporina, acrescentar: - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio (validade 3 meses).</p> <p>Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar: - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (validade 3 meses).</p> <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe, acrescentar: - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> o PPD ou IGRA (validade 1 ano); o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina (validade 3 meses); o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. - Para substituição/troca entre eles: <ul style="list-style-type: none"> o Laudo de exame endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (validade 1 ano). </p>	<p>Para Ciclosporina: - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio.</p> <p>Periodicidade: Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>Para Sulfassalazina e Mesalazina: - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina.</p> <p>Periodicidade: Semestral.</p> <p>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe: - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP.</p> <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para otimização de dose de Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe: - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia).</p> <p>Periodicidade: Anual.</p>	<p>K51.8 Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p><u>Retocolite Ulcerativa</u></p>
---	--	--	---

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

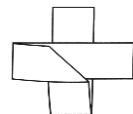
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS) Clopidogrel 75mg comp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME); - Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Síndrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana; - No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista; - No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta. <p>* Validez 90 dias</p>		<p>I20.0 – I20.1 – I21.0 – I21.1 – I21.2 – I21.3 – I21.4 – I21.9 – I22.0 – I22.1 – I22.8 – I22.9 – I23.0 – I23.1 – I23.2 – I23.3 – I23.4 – I23.5 – I23.6 – I23.8 – I24.0 I24.8 – I24.9</p> <p>Cardiologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndromes Coronarianas Agudas</p>
<p>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS) Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml) Ciclofósfamida 50 mg drágea Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos Filgrastim 300mcg injetável F/A Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A Síndrome de Falência Medular</p> <p>*Atualizado em 24/05/2023</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	<p>Para Ciclosporina, Ciclofósfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - Hemograma completo (validade 90 dias) - Contagem de reticulócitos (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (validade 90 dias) e Sorologia para parvovírus B19 (validade 180 dias) <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (sem validade) - 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm³ ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (validade 90 dias) - Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (validade 90 dias) - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV 	<p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos - Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio. <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Ciclofósfamida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de creatinina e ureia. <p>Periodicidade: na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> <p>Para Eltrombopague:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas <p>Periodicidade: semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p>Para Filgrastim - Neutropenias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. <p>Periodicidade: mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p>Obs.: O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p>	<p>D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim) D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</p> <p>D61.0 (exceto Ciclofósfamida) D61.1 (exceto Ciclofósfamida) D61.2 (exceto Ciclofósfamida) D61.3 (exceto Ciclofósfamida) D61.8 (exceto Ciclofósfamida)</p> <p>D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)</p> <p>D70 (apenas Filgrastim)</p> <p>Z94.8 (apenas Filgrastim)</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p>Síndrome de Falência Medular</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

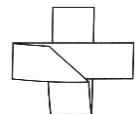
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE (Protocolo MS)</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g F/A</p> <p>Síndrome de Guillain-Barre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo Médico detalhado, onde fique evidenciado que se trata de síndrome de Guillain-Barre, com manifestação de déficit motor, e/ou evolução para disfunção respiratória, condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental (Validade 90 dias); - Liquor (com resultado de celularidade e proteína); - Receita em duas vias; -LME; - A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregue posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica. 	<p>*** Por ser uma emergência neurológica, pacientes hospitalizados podem ser atendidos.</p> <p>Não será necessário apresentar a ALTA HOSPITALAR para retirada do medicamento.</p>	<p>G61.0</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré (PCDT)</p>
<p>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) (Critérios de uso – Estadual)</p> <p>Pramipexol 0,25mg</p> <p>Termo Síndrome das Pernas Inquietas Pramipexol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI; -Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio; - Dosagem de ferritina sérica; - Uréia e creatinina; - Paciente maior que 18 anos. <p>* Validez 90 dias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uréia e Creatinina. <p>Periodicidade: Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p>G25.8</p> <p>Neurologista (Preferencialmente)</p> <p>Exige médico neurologista</p> <p>Pramipexol - Critérios de utilização na síndrome das pernas inquietas</p>
<p>SÍNDROME DE TURNER (Protocolo MS)</p> <p>Somatropina 4 UI e 12 UI p/ solução injetável F/A</p> <p>Síndrome de Turner-1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinação de Cariótipo em sangue periférico; - Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) se menor de 05 anos, e do National Center for Health Statistics (NCHS) se maior de 05 anos; - Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea. <p>Periodicidade: Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IGF-1 (Fator de crescimento insulina símila). <p>Periodicidade: Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/ Q96.3/ Q96.4 Q96.8</p> <p>Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (Preferencialmente)</p> <p>É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica.</p> <p>Síndrome de Turner (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

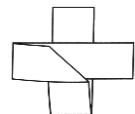
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS) Ciproterona 50 mg comp. Síndrome de Ovarios Policísticos</p>	<p>* Validez 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrassonografia pélvica; - Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) ou evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona); - Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica; - Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona; - Prolactina sérica; - Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito); - Sulfato de deidroepiandrosterona; - TSH; - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica); - TGO, TGP e bilirrubinas; - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). 	<ul style="list-style-type: none"> - TG, TGP e bilirrubinas. <p>Periodicidade: Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de testosterona. <p>Periodicidade: Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).</p>	<p>E28.0 E28.2 L68.0</p> <p>Ginecologia Endocrinologia (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia.</p> <p>Síndrome de Ovários Policísticos</p>
<p>SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS) Alfaepoetina 10.000UI F/A Filgrastim 300mcg injetável F/A Talidomida 100 mg comp Síndrome Mielodisplásica de baixo risco</p> <p>*Atualizado em 08/12/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato médio informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores: <ul style="list-style-type: none"> * Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; ou * Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R), categorizada em: Muito baixo, Baixo, Intermediário Alto e muito alto. Neste caso, deve-se informar a pontuação obtida do paciente. - Hemograma completo (validade 3 meses). <p>Para Filgrastim, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. <p>Para Talidomida, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. 	<p>Para Alfaepoetina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral.</p> <p>Para Filgrastim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo <p>Periodicidade: mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral.</p> <p>Para Talidomida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, fosfatase alcalina e AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil 	<p>D46.0 D46.1 D46.4 D46.7</p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Síndrome Mielodisplásica de baixo risco (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



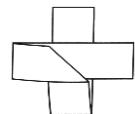
	<ul style="list-style-type: none"> - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade). - Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA: <ul style="list-style-type: none"> * Notificação de receita de talidomida; * Termo de Responsabilidade/Esclarecimento específico para o usuário da Talidomida 	Periodicidade: Mensal	
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS) Ciclofosfamida 50 mg drágea Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml) <u>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal); - proteinuria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina; - EAS; - albumina sérica; - colesterol total, HDL e triglicerídeos; - creatinina sérica ou clearance de creatinina; - hemograma completo e contagem de plaquetas; - glicose; -TGO,TGP; - laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites vírais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções vírais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. <p>* Validação 3 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) (para ciclofosfamida); 	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose. <p>Periodicidade: A cada 3 meses.</p> <p>Para Ciclofosfamida: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo, TGO, TGP. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Ciclosporina: <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. Periodicidade: Mensal.</p>	<p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9</p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Deverem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados.</p> <p><u>Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</u></p>
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Protocolo MS) Ciclofosfamida 50mg drágea Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml) Tacrolimo 1 e 5mg cáps. <u>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</u>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando se o paciente é sensível ou resistente à corticosteroides, o tratamento prévio utilizado e a ocorrência de recidivas e/ou de eventos adversos <p>Cópia dos exames (validade 3 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteinúria ou Índice de proteinúria/creatininúria - Albumina sérica - Hemograma, Creatinina, Colesterol total e triglicerídeos - EQU(EAS) - Sorológicos para rastreio de doenças infecciosas: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, fator antinuclear (FAN) e IgG e IgM anti-toxoplasmose <p>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biópsia renal em crianças menores de 1 ano de idade ou idade acima de 8 anos ou pacientes com resistência a corticosteroides ou hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído (sem validade); 	<p>Pra todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albumina sérica; - Colesterol total e triglicerídeos; - Hemograma; - Glicose; - EQU(EAS); - Creatinina sérica; - Índice proteinúria/creatininúria. <p>Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagem sérica de ciclosporina <p>Periodicidade: trimestral no primeiro semestre, após semestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada</p>	<p>N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8</p> <p>Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p>É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia.</p> <p><u>Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</u> (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

*Atualizado em 02/04/2025

ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

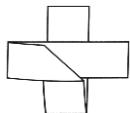
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente	<p>Para tacrolimo, acrescentar: - Relato médico informando a ocorrência de hipertricose ou hiperplasia gengival associado ao uso da ciclosporina (validade 90 dias)</p>		
SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS) Desferroxamina 500 mg F/A Deferiprona 500 mg comp. Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp. <u>Sobrecarga de Ferro</u>	<p>Para todos os medicamentos: - Ferritina sérica e Saturação de Transferrina (validade 3 meses).</p> <p>Para Deferiprona: - Hemograma (validade 1 mês).</p> <p>Para Deferasirox: - TGO, TGP, creatinina (validade 3 meses).</p> <p>Para Desferroxamina: - Acuidade visual e auditiva</p>	<p>Para Desferroxamina e Deferiprona: - Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica. Periodicidade: Trimestral.</p> <p>Para Deferiprona: - Hemograma. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Deferasirox: - Creatinina; - TGO, TGP. Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Desferroxamina: - Acuidade visual e auditiva. Periodicidade: Anual.</p>	T45.4 E83.1 Hematologista (Preferencialmente) <u>Sobrecarga de Ferro</u> (PCDT)
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS) Clozapina 25mg e 100mg comp. Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp. Olanzapina 5mg e 10 mg comp. Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp. Risperidona 1mg e 2mg comp. <u>Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I</u>	<p>- Dados antropométricos: peso, altura e IMC e três medidas de pressão arterial em datas diferentes.</p> <p>- Relato médico detalhado informando a ocorrência ou não de história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e outras comorbidades – (validade 90 dias).</p> <p>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona: - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídos, glicemia de jejum (validade 3 meses).</p> <p>Para Lamotrigina: - Hemograma, TGO e TGP Periodicidade: Anual</p>	<p>Para todos os medicamentos: - Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC Periodicidade: 3,6 e 12 meses, após anual.</p> <p>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina: - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos. Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <p>Para Clozapina: - hemograma Periodicidade: mensal - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos e prolactina Periodicidade: Trimestral no primeiro ano, após anual. - Prolactina. Periodicidade: Anual</p>	F31.1 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7 Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente) Devem ser compartilhados entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental).

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

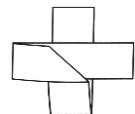
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



			Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I (PCDT)
<p>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10mg comp lib imediata*</p> <p>Metilfenidato cáp lib prolongada de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg*</p> <p>Metilfenidato comp lib prolongada 18mg, 36mg e 54mg*</p> <p>*ATENÇÃO: Conforme Nota Técnica nº0017/2025/GEAF/SESA, verificar disponibilidade dos medicamentos</p> <p>Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relato médico informando o tratamento não farmacológico prescrito ao paciente (validade 3 meses); - Dosagem de TSH e T4 livre recente (validade 6 meses); - Formulário para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade preenchido (validade 3 meses). <p>Link Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</p> <p>Para Metilfenidato de liberação prolongada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com descrição detalhada dos problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg de liberação imediata com comprometimento de eficácia, informando tempo de uso e posologia adotada (validade 3 meses). 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos. <p>Periodicidade: semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cópia dos exame de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4 livre. <p>Periodicidade: anual</p>	<p>F90.0 F90.1 F90.8 F90.9</p> <p>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos): Pediatra Psiquiatra Neurologista (Exclusivamente)</p> <p>Para adultos (Acima de 19 anos): Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Protocolo Estadual para Utilização de Metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade</p>
<p>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</p> <p>Clozapina 25 e 100mg comp.</p> <p>Olanzapina 5 e 10mg comp.</p> <p>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</p> <p>Risperidona 1mg e 2mg comp.</p> <p>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum (validade 3 meses). <p>Para Clozapina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo (validade 3 meses). 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum. <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Clozapina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma Completo. <p>Periodicidade: Mensal.</p>	<p>F25.0 F25.1 F25.2</p> <p>Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.</p> <p>Transtorno Esquizoafetivo (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

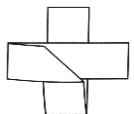


<p>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</p> <p><u>Tromboembolismo Venoso em Gestantes</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);• Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;• Hemograma completo;• Creatinina sérica ou clearance de creatinina. <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):</p> <ul style="list-style-type: none">- História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):<ul style="list-style-type: none">• Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética);• Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT;- Síndrome Antifosfolípido (SAF):<ul style="list-style-type: none">• Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); ou histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; ou histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; ou histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-oclámpsia grave, eclampsia ou insuficiência placentária; e• Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipin IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína IgG e IgM.- Trombofilia hereditária de alto risco:<ul style="list-style-type: none">• Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação homozigótica para o gene da protrombina; ou deficiência da antitrombina III;ou Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.- Trombofilia hereditária de baixo risco:<ul style="list-style-type: none">• Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; ou mutação heterozigótica para o gene da protrombina; ou Deficiência da proteína C ou da proteína S; ou presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos.	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. <p>Periodicidade: trimestral</p>	<p>D68.8/ I82.0/ I82.1 I82.2/ I82.3/ I82.8 O22.3/ O22.5</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para atenção especializada.</p> <p><u>Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia (PCDT)</u></p>
--	---	--	---

* Atualizado em 13/09/22

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

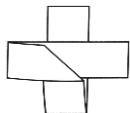
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL DURANTE A GRAVIDEZ (Critério Estadual)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Enoxaparina</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);- Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;- Hemograma completo;- Creatinina sérica ou clearance de creatinina.- Relato médico especificando a condição clínica da paciente para a anticoagulação: <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para mulheres com de TVP ou TEP durante a gravidez:<ul style="list-style-type: none">○ Exame de imagem (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angiotomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 6 meses).- Para mulheres com prótese mecânica valvular cardíaca:<ul style="list-style-type: none">○ Exame comprobatório da válvula mecânica (Ecocardiograma ou Laudo do procedimento cardíaco) (sem validade)- Para condições mórbidas cardíacas como fibrilação atrial crônica e disfunção ventricular grave: Exame comprobatório da condição mórbida (Eletrocardiograma ou Holter ou ecocardiograma) (sem validade)	<ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: trimestral- Período de fornecimento: Durante a gravidez e até seis semanas pós-parto	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Enoxaparina (critérios estaduais)</p>
<p>PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)</p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p>*Atualizado em 06/11/2023</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relato médico informando a condição clínica do paciente (validade 3 meses);- Exame de imagem evidenciando o TVP/TEP (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (validade 6 meses).	<ul style="list-style-type: none">- Período de fornecimento: máximo de 10 dias.	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Enoxaparina (Critérios estaduais)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

**SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA À
ANTICOAGULAÇÃO ORAL**

Enoxaparina 20 mg/0,2ml;
40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml;
80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável

Critérios Estaduais

*Atualizado em 06/11/2023

- Relato médico informando que paciente está anticoagulado e o procedimento cirúrgico e a data o qual será realizado. (Validade 3 meses);

- **Período de fornecimento:** máximo de 14 dias, podendo ser iniciado em até 7 antes da data da cirurgia

Não há restrição por CID-10

[Enoxaparina](#)
(Critérios estaduais)

**PROFILAXIA DE TVP EM PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE
JOELHO, QUADRIL, FEMUR OU
ABDOMINAL**

Enoxaparina 40mg/0,4m e 60mg/0,6mL

- Para paciente em programação cirúrgica: relato médico informando qual procedimento cirúrgico e a data que será realizado (**validade 03 meses**);
- Para paciente já submetido à cirurgia: relato médico informando o procedimento cirúrgico e documentação comprobatória da realização da cirurgia, como por exemplo relatório de alta hospitalar (**validade 03 meses**);

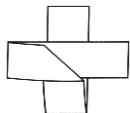
- Período de fornecimento:
o Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias
o Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas.
o Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas.

Não há restrição por CID-10

[Enoxaparina](#)
(Critérios Estaduais)

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>UVEÍTES NÃO INFECIOSAS (Protocolo MS)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa (Acima de 18 anos)</p> <p>Azatioprina 50 mg comp.</p> <p>Ciclosporina 25mg, 50mg, 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p> <p>Uveítes Não Infecciosas</p>	<p>Para Todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados (validade 3 meses); e - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (validade 3 meses). <p>Para Ciclosporina, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e ureia (validade 3 meses). <p>Para Adalimumabe, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina e ureia (validade 3 meses); - PPD ou IGRA (validade 1 ano); - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); - Laudo de Raios-X de tórax (validade 1 ano); - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. 	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <p>Periodicidade: Trimestral</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinina, ureia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL. <p>Periodicidade: Trimestral.</p>	<p>H15.0 / H20.1 / H30.1 H30.2 / H30.8</p> <p>Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados.</p> <p>Uveítes Posteriores Não Infecciosas (PCDT)</p>
<p>VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (PROTÓCOLO MS)</p> <p>Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos)</p> <p>Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos</p>	<p>- Relato médico detalhado contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Descrição dos critérios diagnósticos que confirmam granulomatose com poliangiite (GPA) ou poliangiite microscópica (MPA); o Indicação do estágio atual da doença, especificando se o uso do medicamento se destina à terapia de indução ou ao tratamento de recidiva; o Caracterização da gravidade das manifestações clínicas, com detalhamento dos órgãos e/ou sistemas acometidos. o Descrição do tratamento medicamentoso prévio e, quando aplicável, informação de refratariedade à ciclofosfamida <p>- Exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT (validade 3 meses). o Se comprometimento renal: EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina (validade 3 meses). o PPD ou IGRA (validade 1 ano); o Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano); o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano); o Creatinina (validade 3 meses). o Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. o Se houver, laudo histopatológico confirmando o diagnóstico 	<p>Este Protocolo não contempla o tratamento de manutenção. Todavia, nos casos em que houver recidiva da doença, deverá ser apresentado:</p> <p>- Relato médico descrevendo a gravidade das manifestações clínicas e refratariedade à ciclofosfamida.</p> <p>Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT</p> <p>Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <p>- EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina</p> <p>Periodicidade: antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p>	<p>M31.3 M31.7</p> <p>Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos (PCDT)</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

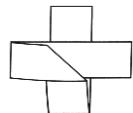


RELAÇÃO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS (E SEUS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS) QUE AINDA NÃO POSSUEM PROTOCOLO CLÍNICO

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO</p> <p>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula)</p> <p>Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.3 Z94.2
<p>TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS</p> <p>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola)</p> <p>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</p> <p>Ciclosporina 10 mg, 25mg, 50mg e 100mg (por cápsula)</p> <p>Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)</p> <p>Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)</p> <p>ATENÇÃO: CICLOSPORINA com indisponibilidade temporária, consultar nota técnica vigente</p>	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.8

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS</p> <p>Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)</p>	<p>LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.</p>	<p>LME e Receita Médica - Trimestral</p>	<p>D81.0 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular D81.1 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B D81.2 Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B D81.3 Deficiência de adenosinadeaminase [ADA] D81.4 Síndrome de nezelof D81.5 Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp] D81.6 Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade D81.7 Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade D81.8 Outras deficiências imunitárias combinadas D82.0 Síndrome de Wiskott-Aldrich D82.1 Síndrome de di George</p>
---	---	--	--

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

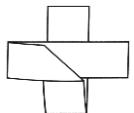


DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS:

SITUAÇÃO CLÍNICA Fórmulas Nutricionais	ABERTURA PROCESSO (1 ^a vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Profissional Especialista
<p>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</p> <p>F2 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p> <p>F3 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Para maiores 6 meses - Plano alimentar⁴ - Trimestral- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros - Trimestral- Para crianças menores de 6 meses – Formulário de informações sobre a amamentação emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA².- Formulário de abertura de processos de fórmulas infantis – ANEXO C.	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. Trimestral- Para maiores 6 meses - Plano alimentar⁴ - Trimestral- Curvas de crescimento com no mínimo 2 registros - Trimestral	<p>L50.0 L58.8 T78.1 H13.2 J20 T78.0 K23.8 K52.2 L27.2 K52.2 R63.8</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano ou de local referenciado pela SESA.</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatria, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



<p>Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral</p> <p>P1 – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten.</p> <p>P7 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p> <p>P8 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³ - Semestral	<ul style="list-style-type: none">- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral- Laudo Médico com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base³ - Semestral	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista</p> <p>Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatria, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>
<p>Fórmulas para Nutrição Enteral</p> <p>A1 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, sem adição de lactose, isento de glúten, fonte de proteína a base de caseinato.</p> <p>A2 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ .- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹.- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B.- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral	<ul style="list-style-type: none">- Laudo Médico CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base³ . – Semestral- LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A¹. – Trimestral- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Médico Nutricionista/Médico Nutrólogo Médico ou Nutricionista</p>

NOTA: Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

ATUALIZADO EM 09/12/2025.