

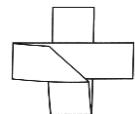


## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1 <sup>a</sup> vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>ACNE GRAVE</b> (Protocolo MS)  <b>Isotretinoína 10mg cáps.</b> (Indisponível – <a href="#">Nota técnica</a> )  <b>Isotretinoína 20mg cáps.</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original (LME)</li><li>- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos e ALT/TGP e AST/TGO (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li><li>- Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> aos 30 dias e, após, trimestral.</li><li>- BHCG para mulheres em idade fértil. <b>Periodicidade:</b> Mensal.</li></ul>	<b>L70.0</b> <b>L70.1</b> <b>L70.8</b>  Dermatologista (Preferencialmente)  <a href="#">PCDT</a>
<b>ACROMEGALIA</b> (Protocolo MS)  <b>Cabergolina 0,5mg comp.</b>  <b>Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida</b>  <b>Octreotida 0,1mg/ml ampola, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>- LME contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contraindicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (<b>validade 180 dias</b>);</li><li>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, ou tomografia computadorizada (<b>validade 24 meses</b>);</li><li>- Glicose de jejum, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). <b>Periodicidade:</b> Trimestral até um ano após controle da doença, e depois anualmente.</li></ul>	<b>E22.0</b>  Endocrinologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados em Neurocirurgia com endocrinologia ou neuroendocrinologia, preferentemente de centros de referência.  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

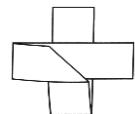
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>AMILOÍDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA</b>            (Protocolo MS)</p> <p><b>Tafamidis 20mg cáps</b>            (acima de 18 anos)</p> <p><b>Tafamidis 61 mg cáps</b>            (acima 60 anos)</p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biópsia do órgão afetado com comprovação do depósito amilóide <b>ou</b> Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre a presença de variante patogênica no gene TTR (<b>sem validade</b>);</li> <li>- Questionário de vida validado. (<b>Validade 90 dias</b>);</li> <li>- Exames laboratoriais: Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria) (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). (<b>Validade 1 ano</b>)</li> <li>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</li> </ul> <p><b>Para Tafamidis 20mg, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico, informando (<b>validade 90 dias</b>):           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sintomatologia apresentada;</li> <li>○ Estágio de gravidade da doença segundo a classificação proposta por Coutinho* recomendada pelo PCDT-MS;</li> <li>○ Se paciente foi submetido a transplante hepático;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Tafamidis 61mg, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico, informando (<b>validade 90 dias</b>):           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sintomatologia apresentada;</li> <li>○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Obs.:</b> Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico contendo a evolução clínica e adesão ao acompanhamento/tratamento;</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame neurológico clínico com inclusão escalas como Polyneuropathy Disability Score (PND) e avaliação sensitivo-motora pelo Neuropathy Impairment Score (NIS).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria);</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de vida validado.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p>	<p><b>E85.1</b>            (somente para Tafamidis 20mg cáps)</p> <p><b>E85.0 e E85.8</b>            (somente para Tafamidis 61mg cáps)</p> <p>Neurologista            Cardiologista            (preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos preferencialmente em serviços especializados ou de referência em doenças raras.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>Anemia na Doença Renal Crônica - ALFAEPOETINA</b>            (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p> <p><b>*Atualizado em 01/04/2025</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina (<b>validade 30 dias</b>);</li> <li>- Hemograma (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Índice de Saturação de Transferrina (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Ferritina Sérica (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Creatinina sérica (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- 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 (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina e Hematócrito.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina sérica.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>N18.0</b>  <b>N18.8</b></p> <p>Nefrologista            (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

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

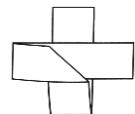


<b>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)</b>  <b>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Hematocrito e hemoglobina (<b>validade 30 dias</b>);</li> <li>- Índice de Saturação de Transferrina (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Ferritina sérica (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Creatinina Sérica (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- 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 (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina e hematócrito.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<b>N18.0</b> <b>N18.8</b>  Nefrologista (Exclusivamente)  Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.  <a href="#">PCDT</a>
<b>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)</b>  <b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b>  <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo;</li> <li>- Teste de Coombs direto;</li> <li>- Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <u>ou</u> Bilirrubina (total e frações).</li> <li>- <b>Identificação do subtipo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Para anemia por anticorpos quentes: Detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, <b>OU</b></li> <li>* Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, <b>OU</b></li> <li>* Para hemoglobinúria paroxística a frio: Apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.</li> </ul> </li> <li>- <b>Para Ciclosporina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e aferição da pressão arterial.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Ciclofosfamida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal ou em caso de mudança de dose.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ALT, AST, GGT e bilirrubinas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.</p> <p><b>Para Imunoglobulina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<b>D59.0</b> <b>D59.1</b>  Hematologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia.  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

\*Atualizado em 29/12/2025

**SUS**

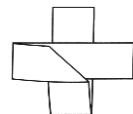
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>ANGIOEDEMA</b> (Protocolo Estadual)	<b>Todos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de complemento C4 (sem validade);</li> <li>- Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade);</li> <li>- Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade).</li> </ul> <b>Para Danazol:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> </ul>	- Ultrassonografia abdominal.  <b>Periodicidade:</b> Semestral.	<b>D84.1</b>  Alergista e Imunologista (Preferencialmente).  <a href="#">Ac. Tranexâmico – Protocolo Estadual</a>  <a href="#">Icatibanto – Protocolo Estadual</a>
<b>ANGIOEDEMA</b> (Protocolo MS)	  <b>Danazol 100mg cáps.</b> (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a> )	  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de complemento C4 (sem validade);</li> <li>- Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade);</li> <li>- Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade).</li> </ul> <b>Para Danazol:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> </ul>	  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina;</li> <li>- Colesterol total e frações, triglicerídeos;</li> <li>- Exame qualitativo de urina.</li> </ul> <b>Periodicidade:</b> Semestral.
<b>ARTRITE PSORÍACA</b> (Protocolo MS)	<b>Para Todos:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Exigido uma única vez na abertura de processo</b>, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (<b>validade 1 ano</b>);</li> </ul> </li> <li>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laudo médico contendo valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>○ Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, Proteína C Reativa, Velocidade de hemossedimentação (VHS) (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> </li> </ul> <b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe e Secuquinumabe, acrescentar:</b>	  <b>Para todos os medicamentos:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Hemograma, contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia.</li> </ul> <b>Periodicidade:</b> Trimestral	<b>M07.0</b> <b>M07.2</b> <b>M07.3</b>  Reumatologista (Preferencialmente)  Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença.  <a href="#">PCDT</a>
<b>Adalimumabe 40mg seringa</b>  <b>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável</b> (acima de 18 anos)  <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)			

**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 26/01/2026

**SUS**

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

**Etanercepte 25mg e 50mg seringa****Golimumabe 50mg injetável**  
(acima de 18 anos)**Infliximabe 100mg F/A****Leflunomida 20mg comp.****Metotrexato 25mg/ml solução injetável**  
e 2,5mg comp.**Naproxeno 500mg comp.****Sulfassalazina 500mg comp.****Secuquinumabe 150 mg/mL injetável**  
(acima de 18 anos)**Tofacitinibe 5mg**[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 29/12/2025

- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, **não necessário para substituição**:

- 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.

**ARTRITE REATIVA -**  
**DOENÇA DE REITER**  
**(Protocolo MS)****Sulfassalazina 500mg comp.**[Documentação para abertura](#)

\* atualizado em 10/08/2021

- 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).[PCDT](#)**ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE**  
**IDIOPÁTICA JUVENIL**  
**(Protocolo MS)****Abatacepte 250mg injetável –**  
**intravenoso**  
(Indisponível - [Nota Técnica](#))**Para Todos:**

- Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:

- 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:
- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU

**Para todos os medicamentos:**

- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): **DAS 28 OU SDAI OU CDAI**.

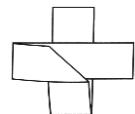
**Periodicidade:** Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.

- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina.

**Periodicidade:** Trimestral. Se remissão

**M05.0 (exceto**  
**Azatioprina e**  
**Ciclosporina)****M05.1 (somente para**  
**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 26/01/2026

**SUS**

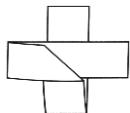
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo</b>            (Acima de 18 anos)            ((Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>))</p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável - Frasco-ampola</b>            (Uso pediátrico – 2 a 18 anos)</p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Baricitinibe 2mg e 4mg comp.</b>            (acima de 18 anos)</p> <p><b>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável</b>            (acima de 18 anos)</p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b>            (frasco de 50 ml)</p> <p><b>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</b></p> <p><b>Golimumabe 50mg – injet.</b>            (acima de 18 anos)</p> <p><b>Infliximabe 100mg injetável</b></p> <p><b>Hidroxicloroquina 400mg comp.</b></p> <p><b>Leflunomida 20mg comp.</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</b></p> <p><b>Naproxeno 500mg comp.</b></p> <p><b>Rituximabe 500mg F/A – injet.</b>            (acima de 18 anos)</p> <p><b>Sulfassalazina 500mg comp.</b></p> <p><b>Tocilizumabe 20mg/ml</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CDAI (validade 3 meses);            Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (validade 3 meses).</li> </ul> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b>            - Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p> <p><b>Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</b>            - Creatinina e ureia (validade 3 meses).</p> <p><b>Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe, acrescentar:</b>            - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PPD ou IGRA (validade 1 ano);</li> <li>○ Laudo de Raio X de tórax (validade 1 ano);</li> <li>○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano);</li> <li>○ Creatinina (validade 3 meses).</li> <li>○ Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> </p>	<p>sustentada e sem eventos adversos, semestral</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b>            - Avaliação oftalmológica.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Tocilizumabe:</b>            - Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M08.0 (exceto Abatacepte 125mg injetável, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe)</b></p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

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



**Tofacitinibe 5mg – comp**  
 (acima de 18 anos)

**Upadacitinibe 15 mg - comp.**  
 (acima de 18 anos)

[Documentação para abertura](#)

\*atualizado em 29/12/2025

**ASMA GRAVE**  
**(Protocolo MS)**

**Budesonida 200mcg e 400mcg 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)

[Documentação para abertura](#)

\*atualizado em 29/12/2025

**Para todos:**

- [Formulário de inclusão Asma](#)

- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias).  
**\*ATENÇÃO:** Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.

**Para Mepolizumabe:**

- 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.

**Para Omalizumabe:**

- 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.  
 - [pacientes abaixo de 12 anos.](#)  
 - [pacientes acima de 12 anos.](#)

**Para todos:**

- Espirometria.

**Periodicidade:** Anual.

**Para Omalizumabe e Mepolizumabe:**

- Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período;  
- ACT do último mês.  
 - [pacientes abaixo de 12 anos.](#)  
 - [pacientes acima de 12 anos.](#)

**Periodicidade:** Semestral

**J45.0**  
**J45.1**  
**J45.8**

Pneumologista  
 Alergista  
 (Exclusivamente)

[PCDT](#)

**ASMA**  
**(Protocolo Estadual)**

**Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerosol**

**Montelucaste 4mg comp.**

- [Formulário de inclusão para Asma.](#)

- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias).

**\*ATENÇÃO:** Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.

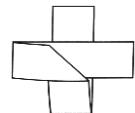
- Espirometria.  
**Periodicidade:** Anual.

**J45.0**  
**J45.8**  
**J45.9**

Pneumologista  
 Alergista  
 (Exclusivamente)

**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 26/01/2026

**SUS**

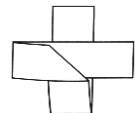
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>Montelucast 4mg sachê</b> (Indisponível - <a href="#">Nota técnica</a> )			<a href="#">Protocolo Estadual</a>
<a href="#">Documentação para abertura</a>			
* atualizado em 19/01/2024			
<b>Atrofia Muscular Espinal 5q tipos I e II (Protocolo MS)</b>  <b>Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável</b>  <b>Risdiplam 0,75 mg/mL – pó para solução oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para abertura de processo:           <ul style="list-style-type: none"> <li>o Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade);</li> <li>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"> <li>▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME;</li> <li>▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias);</li> </ul> </li> <li>o Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias);</li> <li>o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS)</li> </ul> </li>   <li>- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:           <ul style="list-style-type: none"> <li>o Relatório médico descrevendo os motivos para substituição do medicamento, conforme os critérios do PCDT-MS (validade 90 dias)</li> <li>o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Periodicidade: trimestral.</li>   <li>- Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Periodicidade: trimestral.</li> </ul>	<b>G12.0</b> <b>G12.1</b>  <b>Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)</b>  <a href="#">PCDT</a>
<a href="#">Documentação para abertura</a>			
*atualizado em 18/07/2023			
<b>COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS)</b>  <b>Ácido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico descrevendo o quadro clínico do paciente em LME;</li> <li>- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Exames que documentem dois dos critérios abaixo:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duas dosagens séricas com valores acima do referência de fosfatase alcalina (FA) e/ou gama GT com intervalo mínimo de 6 meses (<b>sem validade</b>);</li> <li>- Presença de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) (<b>sem validade</b>);</li> </ul> </li> <li>- Biópsia Hepática de colangite destrutiva não-supurativa (<b>sem validade</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; <b>Periodicidade:</b> semestral no primeiro ano, após anual.</li> </ul>	<b>K74.3</b>  <b>Gastroenterologista</b> <b>Nutrólogo</b> <b>Proctologista</b> <b>(Preferencialmente)</b>  Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia.  <a href="#">PCDT</a>
*Atualizado em 13/11/19			

**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 26/01/2026

**SUS**

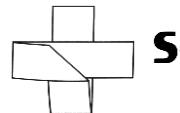
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (Protocolo MS)</b>  <b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b>  <b>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter idade maior ou igual a 5 anos;</li> <li>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC;</li> <li>- Dosagens de colesterol total e frações;</li> <li>-Triglicerídeos;</li> <li>-Glicemia de jejum.</li> </ul> <p><b>(Validade 90 dias).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> em 3, 6 e 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens de colesterol total e frações;</li> <li>- Triglicerídeos;</li> <li>- Glicemia de jejum;</li> <li>- Hemograma completo;</li> <li>- Prolactina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</p>	<b>F84.0 / F84.1</b> <b>F84.3 / F84.5</b> <b>F84.8</b>  Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).  <a href="#">PCDT</a>
<b>DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE (Protocolo MS)</b>  Biotina 2,5 mg caps.  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teste laboratorial por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase. <b>(sem validade); ou</b></li> <li>- Teste colorimétrico qualitativo em cartão de papel-filtro da atividade de biotinidase (resultado da triagem neonatal) <b>(sem validade).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<b>E88.9</b>  <a href="#">PCDT</a>
<b>DERMATITE ATÓPICA (Protocolo MS)</b>  Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps  Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)  <u>Recém incorporados, ainda não disponíveis:</u>  - Dupilumabe 200 e 300 mg sol. inj (6 meses a < 12 anos) - Metotrexato 2,5 mg comprimido - Metotrexato 25 mg/mL solução injetável - Tacrolimo 0,3 mg/g e 1 mg/g pomada (acima de 2 anos)	<p><a href="#">Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia.</li> </ul> <p><b>Para ciclosporina e metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina <b>(validade 90 dias);</b></li> </ul> <p><b>Para Dupilumabe e Upadacitinibe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</li> </ul> <p>PPD ou IGRA <b>(validade 1 ano);</b></p> <p>Laudo de Raio X de tórax <b>(validade 1 ano);</b></p> <p><b>- Upadacitinibe, acrescentar:</b></p> <p>Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK) <b>(validade 90 dias).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico detalhando a evolução clínica contendo a pontuação atualizada da escala de avaliação da gravidade da doença e da Qualidade de Vida Dermatológico. Utilizar as mesmas escalas mencionadas no início de tratamento.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Ciclosporina e Metotrexato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> <b>aos 30 dias e após trimestral.</b></p> <p><b>Para Metotrexato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, creatinina, uréia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> <b>30 dias e após trimestral.</b></p> <p><b>Para Upadacitinibe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK).</li> </ul>	<b>L20.0</b> <b>L20.8</b>  Alergologista Dermatologista (Exclusivamente somente para Dupilumabe ou Upadacitinibe)  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026



- **Upadacitinibe 15 mg comp**  
(12 anos a <18 anos)

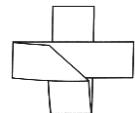
[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 07/01/2026

<p><b>DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS)</b> <b>Somatropina 4UI e 12UI F/A</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV <b>(validade 1 ano)</b>;</p>	<p><b>Periodicidade:</b> 30 dias e após trimestral</p>	
	<p><b>Para crianças e adolescentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Idade cronológica maior que 02 anos;</li><li>- Idade, peso e altura atuais;</li><li>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas;</li><li>- Estadiamento puberal de Tanner;</li><li>- Altura dos pais biológicos;</li><li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravio, se houver <b>(validade 90 dias)</b>;</li><li>- Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea;</li><li>- IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas <b>(validade 180 dias)</b>;</li><li>- Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia <b>(validade 24 meses)</b>;</li><li>- Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses.</li></ul> <p><a href="#">Formulário Teste Provocativo Somatropina</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li></ul> <p><b>Para adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravio, se houver;</li><li>- IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas <b>(validade 180 dias)</b>;</li><li>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos <b>(validade 90 dias)</b>;</li></ul>	<p><b>Para crianças e adolescentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Peso e estatura.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile)</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou se houver mudança de dose.</p> <p><b>Para adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de IGF-1.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>E23.0</b></p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p><b>Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.</b></p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

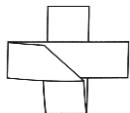
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – <b>(validade 24 meses)</b>;</li> <li>- Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon);</li> <li>- Densitometria óssea <b>(validade 12 meses)</b>.</li> </ul>		
<b>DIABETES INSÍPIDO</b> (Protocolo MS)  <b>Desmopressina 0,1mg/ml aplicação nasal – frasco</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Dosagem de volume urinário em 24 hs;</li> <li>o Dosagem sódio e glicose;</li> <li>o Osmolalidade urinária e plasmática;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>(Validade 90 dias).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volume urinário em 24 hs, sódio plasmático e densidade urinária.  <b>Periodicidade:</b> Semestral até estabilização do volume urinário e do sódio plasmático, após anual.</li> </ul>	<b>E23.2</b>  Endocrinologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados com endocrinologista ou nefrologista.).  <a href="#">PCDT</a>
<b>DIABETE MELITO TIPO 2</b> (Protocolo Estadual)  <b>Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3 mL)</b> (paciente acima de 2 anos)  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia capilar de jejum <b>(validade 3 meses)</b>;</li> <li>- Hemoglobina glicada <b>(validade 3 meses)</b>;</li> <li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias <b>(validade 6 meses)</b>.</li> <li>- <a href="#">Formulário para solicitação de insulina glargina 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condições clínica</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;  <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li> <li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias.  <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li> </ul>	<b>E10 / E11</b> <b>E10.1 / E11.2</b> <b>E10.2 / E11.3</b> <b>E10.3 / E11.4</b> <b>E10.4 / E11.5</b> <b>E10.5 / E11.6</b> <b>E10.6 / E11.7</b> <b>E10.7 / E11.8</b> <b>E10.8 / E11.9</b> <b>E10.9</b>  Endocrinologista (Preferencialmente)  <a href="#">Protocolo Estadual</a>
<b>DIABETE MELITO TIPO I</b> (Protocolo MS)  <b>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA:</b> Lispro 100 UI/mL (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia de jejum <b>(validade 3 meses)</b>;</li> <li>- Hemoglobina glicada <b>(validade 3 meses)</b>;</li> <li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias <b>(validade 3 meses)</b>.</li> <li>- <a href="#">Formulário para solicitação de análogas de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;  <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li> <li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias.  <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas,</li> </ul>	<b>E10.0 / E10.5</b> <b>E10.1 / E10.6</b> <b>E10.2 / E10.7</b> <b>E10.3 / E10.8</b> <b>E10.4 / E10.9</b>  Endocrinologista (Preferencialmente)  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

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



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)

[Documentação para abertura](#)

semestralmente.

E11.2  
 E11.3  
 E11.4  
 E11.5  
 E11.6  
 E11.7  
 E11.8  
 E11.9

Endocrinologista  
 (Preferencialmente)  
[PCDT](#)

**DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS)**

Dapagliflozina 10mg comp

[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 28/02/2024

[- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados:](#)

- 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**);

- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum

**Periodicidade:** semestral ou se houver alteração de dose

- 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

**Periodicidade:** anual

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 infectados pelo HIV.

[PCDT](#)

**DISLIPIDEMIAS (Protocolo MS)**

Ácido Nicotínico 500mg comp lib prol

Atorvastatina 10mg, 20mg, 40mg e 80mg comp.

Bezafibrato 200mg comp e 400mg comp lib prol.

Ciprofibrato 100mg comp.

Fenofibrato 200mg cápsula e 250mg cápsula de liberação retardada.

- 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.

**Para Atorvastatina:**

Launder que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da simvastatina. (**validade 90 dias**)

**Genfibrozila**

Launder que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (**validade 90 dias**). e

- 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**)

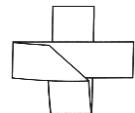
**Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato:**

- CPK, TGO e TGP.  
**Periodicidade:** semestral ou sempre que houver ajuste de dose.

- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo  
**Periodicidade:** anualmente.

ATUALIZADO EM 26/01/2026

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

**SUS**

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



**Genfibrozila 600mg comp.**  
 (Indisponível - [Nota Técnica](#))

[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 07/01/2026

Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (**Validade 90 dias**)

**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**)

**DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL**  
 (Protocolo MS)

**Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A**

**Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A**

[Documentação para abertura](#)

- βHcG para mulheres em idade fértil (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**);

**G24.3**  
**G24.4 / G24.5**  
**G24.8**  
**G51.3 / G51.8**

Neurologista  
 Ortopedista  
 Oftalmologista  
 (Preferencialmente)

Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.

[PCDT](#)

**DISTÚRbio MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA**  
 (Protocolo MS)

**Calcitriol 0,25mcg cápsula**

**Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido**

**Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg de pó liofilizado para solução injetável**

**Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de solução**

**Sevelâmer 800mg comprimido**

**Para Sevelâmer:**

Adultos

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, se apresenta contraindicação 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).

Crianças e adolescentes

- 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).

**Para Calcitriol/Paricalcitol:**

- Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou

**Para Sevelâmer:**

- Fósforo sérico;  
 Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.

**Para Calcitriol:**

- Cálcio sérico total ou iônico;  
 - Fósforo sérico;  
 Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.  
 - PTH.  
 Periodicidade: 90 dias.

**N18.2**  
**N18.3**  
**N18.4**  
**N18.5**  
**N25.0**

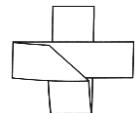
Nefrologista  
 (Exclusivamente)

Devem ser atendidos em serviços especializados.

[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 26/01/2026

**SUS**

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

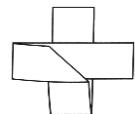
[Documentação para abertura](#)

\*atualizado em 30/08/2022

<p><u><a href="#">Documentação para abertura</a></u></p> <p>*atualizado em 30/08/2022</p>	<p>dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias);</li> <li>- Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias);</li> <li>- PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</li> </ul> <p><b>Para Cinacalcete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias);</li> <li>- PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</li> </ul> <p><b>Para Desferroxamina:</b></p> <p><u>Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alumínio (<b>validade 90 dias</b>) OU</li> <li>- Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul> <p><u>Para realização do tratamento da intoxicação alumínica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alumínio sérico (<b>validade 90 dias</b>);</li> <li>- Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (<b>sem validade</b>);</li> <li>- Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul>	<p><b>Para Paricalcitol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cálcio sérico total ou iônico;</li> <li>- Fósforo sérico;</li> </ul> <p>Periodicidade: 30 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PTH.</li> </ul> <p>Periodicidade: 90 dias.</p> <p><b>Para Cinacalcete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cálcio sérico total ou iônico;</li> </ul> <p>Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PTH.</li> </ul> <p>Periodicidade: 90 dias.</p> <p><b>Para Desferroxamina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação Oftalmológica e Otorrinolaringológica.</li> </ul> <p>Periodicidade: Anual.</p>	
<p><b>DOENÇA DE ALZHEIMER</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Donepezila 5mg e 10mg comp</b></p> <p><b>Galantamina 8mg, 16mg e 24mg cáps de liberação prolongada</b></p> <p><b>Memantina 10mg comp</b></p> <p><b>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsulas</b></p>	<p><b>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo (<b>validade 24 meses</b>)</li> <li>○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>○ Sorologia: VDRL e Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>)</li> </ul> <p><b>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</b></p> <p><u>Mini exame do Estado Mental (MEEM)</u> (<b>validade 90 dias</b>)</p> <p><u>Avaliação Clínica Da Demência - CDR</u> (<b>validade 90 dias</b>)</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Galantamina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Memantina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>F00.0</b>  <b>F00.1</b>  <b>F00.2</b>  <b>G30.0</b>  <b>G30.1</b>  <b>G30.8</b></p> <p>Neurologista  Geriatra  Psiquiatria  (Preferencialmente)</p> <p><b>PCDT</b></p>

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

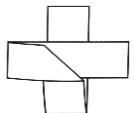
ATUALIZADO EM 26/01/2026



<p>Rivastigmina solução oral 2mg/mL frasco</p> <p>Rivastigmina 9mg (5cm<sup>2</sup>) e 18mg (10cm<sup>2</sup>) adesivo transdérmico</p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (validade 90 dias)</li> <li>○ Se a substituição for para iniciar o uso da Memantina, acrescentar:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina.</li> </ul> </li> </ul>		
<p>*atualizado em 29/12/25.</p> <p><b>DOENÇA DE CROHN (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável.</b> (A partir de 6 anos de idade)</p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável.</b> (Acima de 18 anos)</p> <p><b>Infliximabe 100mg injetável.</b> (A partir de 6 anos de idade)</p> <p><b>Mesalazina 400mg comp, 500mg comp e 800mg comp.</b></p> <p><b>Metotrexato 25mg/mL injetável.</b></p> <p><b>Sulfassalazina 500mg comp.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Laudo dos exames (<b>validade 1 ano</b>):           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Endoscópico (colonoscopia); ou radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral); ou anátomo-patológico; ou cirúrgico.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Sulfassalazina e Mesalazina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>○ Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>○ Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> </li> </ul> <p>- Para substituição/troca entre eles:</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral e quando houver mudança de dose ou troca do medicamento.</p> <p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO, creatinina e ureia.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, EQU (EAS) e creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para otimização de dose de Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Infliximabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia).</li> <li>- Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).</li> </ul>	<p><b>K50.0</b> <b>K50.1</b> <b>K50.8</b></p> <p>Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

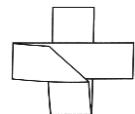
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Relato médico detalhando os sintomas clínicos;</li><li>○ Índice de Harvey-Bradshaw (IHB);</li><li>○ Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) <b>(validade 1 ano)</b>.</li></ul> <p><a href="#">Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</a></p>		
<b>DOENÇA DE POMPE (Protocolo MS)</b>  <b>ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG INJETÁVEL</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>  *Atualizado em 03/08/2022	<p>- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida</p> <p>Exame laboratorial:</p> <p>- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida <b>em fibroblastos ou leucócitos</b>, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; <b>ou</b></p> <p>- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:</p>	<p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento</p> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p> <p>- Laudo fonoaudiológico</p> <p>- Laudo de pneumologista</p> <p>- Ecocardiograma.</p> <p><b>Periodicidade:</b> anual</p>	<b>E74.0</b>  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

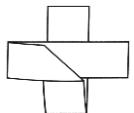
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>DOENÇA DE FABRY</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfagalsidase 1mg/mL F/A</b> (acima de 7 anos)</p> <p><b>Betagalsidase 35 mg F/A</b> (acima de 7 anos)</p> <p><a href="#"><u>Documentação de abertura</u></a></p> <p>*Atualizado em 27/01/2025</p>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Eletrocardiograma (sem validade)</li><li>- Cópias dos exames:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum (validade 90 dias); e</li><li>○ Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina. (validade 90 dias)</li></ul></li></ul> <p><b>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Para homens com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Laudo de exame da atividade da enzima <math>\alpha</math>GAL-A; (sem validade) ou</li><li>○ Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima <math>\alpha</math>GAL-A (sem validade).</li></ul></li><li>- Para mulheres com 18 anos ou mais de idade:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima <math>\alpha</math>GAL-A; (sem validade) ou</li><li>○ Laudo de exame genético familiar que documente ser paciente heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da <math>\alpha</math>GAL-A; (sem validade) ou</li><li>○ Comprovação de ao menos uma das alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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)</li></ul></li></ul></li><li>- Para crianças (7 a 17 anos):<ul style="list-style-type: none"><li>○ relato médico informando o diagnóstico clínico do paciente, detalhando as manifestações e sintomas da doença (validade 90 dias); ou</li><li>○ Laudo de biópsia renal demonstrando lesão podocitária (sem validade)</li></ul></li></ul>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de Eletrocardiograma</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum;</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p>	<p><b>E75.2</b></p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em genética.</p> <p><a href="#"><u>PCDT</u></a></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 26/01/2026

**SUS**

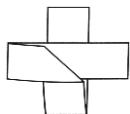
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>DOENÇA DE GAUCHER</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Imiglucerase 400 U injetável F/A</b></p> <p><b>Alfavelaglicerase 400 U injetável F/A</b></p> <p><b>Alfatadaliglicerase 200 U injetável F/A</b></p> <p><b>Miglustate 100mg cáps.</b></p> <p><a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a></p>	<p><b>Validade 90 dias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- LME com diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3;</li><li>- 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;</li><li>- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores de acordo com o protocolo clínico;</li><li>- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica);</li><li>- Hemograma completo, TGO, TGP, gama GT, tempo de protrombina, ferritina;</li><li>- Ultrasonografia ou ressonância magnética do Abdômenem (<b>1 ano e 2 anos respectivamente</b>);</li><li>- Densitometria óssea (para &gt; 19 anos) – (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- Radiografia de coluna vertebral em perfil, quadril em Antero posterior e de ossos longos (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- Eletroforese de proteína (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Miglustate atentar também para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Idade igual ou superior a 18 anos;</li><li>- Teste de gravidez (beta-Hcg sérico) negativo para mulheres em idade reprodutiva (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</li><li>- Pelo menos um exame ou laudo médico que contemple um dos critérios menores para o miglustate de acordo com o protocolo clínico.</li></ul> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação clínica (anamnese e exame físico, incluindo medida do tamanho do fígado e do baço com fita métrica).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral nos primeiros seis meses, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- TGO / TGP / GGT / tempo de protrombina, ferritina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Eletroforese de proteínas.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> a cada 3 anos.</p> <p>Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.</p>	<p><b>E75.2</b></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><a href="#"><u>PCDT</u></a></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 26/01/2026

**SUS**

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



**DOENÇA DE PAGET**  
**(Protocolo MS)**

**Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A****Calcitonina 200UI Spray Nasal****Risedronato 35mg comp.**[Documentação para abertura](#)

- 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);
- Para ácido zoledrônico:**
- Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias).

- Fosfatase Alcalina e cálcio sérico;
- Periodicidade:** Semestral no primeiro ano, após, anual.

**M88.0**  
**M88.8**Reumatologista  
Ortopedista  
(Preferencialmente)[PCDT](#)

**DOENÇA DE PARKINSON**  
**(Protocolo MS)**

**Amantadina 100mg comp****Clozapina 25mg e 100mg comp****Entacapona 200mg comp****Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp****Rasagilina 1mg comp****Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cáps.****Rivastigmina 9mg e 18mg adesivo transdérmico****Rivastigmina 2mg/mL sol. oral****Trihexifenidil 5mg comp\***  
 (\*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu**Para todos:**

- 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**).

**Para Amantadina:**

- Ureia e creatinina (**validade 90 dias**).

**Para Clozapina:**

- Hemograma completo (**validade 90 dias**).

**Para Rivastigmina:**

- Relato médico informando data de início da Doença de Parkinson;

[Mini exame do estado mental](#) (**validade 90 dias**)[Avaliação Clínica Da Demência - CDR](#) (**validade 90 dias**)

- Exames que documentem o diagnóstico a demência na Doença de Parkinson:
  - Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo (**validade 24 meses**)
  - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (**validade 90 dias**)
  - Sorologia: VDRL e Anti-HIV (**validade 1 ano**)

**Para Amantadina:**

- Ureia, creatinina.

**Periodicidade:** Semestral.**Para Clozapina:**

- Hemograma completo.

**Periodicidade:** Mensal.**Para Entacapona:**

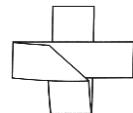
- ALT/TGP, AST/TGO.

**Periodicidade:** Mensal nos primeiros 6 meses. Após, semestral**Para Rivastigmina:**

- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).

**Periodicidade:** Semestral.**G20**Neurologista  
Geriatra  
(Preferencialmente)[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 26/01/2026

**SUS**

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



fornecimento deverá aguardar finalização de processo licitatório).

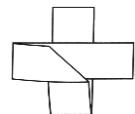
[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 29/12/2025

<p><b>DOENÇA DE WILSON</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Penicilamina 250mg cápsula</b></p> <p><b>Trientina 250mg cápsula</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- <a href="#">Formulário para Avaliação para Doença de Wilson</a></p> <p>Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.</p>	<p>Para todos:  - Dosagem de cobre urinário de 24h.  <b>Periodicidade:</b> Após o primeiro e terceiro mês de tratamento.  - Dosagem de cobre sérico livre  <b>Periodicidade:</b> 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. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>Para Trientina, acrescentar:  - Ferritina sérica  <b>Periodicidade:</b> semestral</p>	<p><b>E83.0</b></p> <p>Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>DOENÇA FALCIFORME</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola)</b> (acima de 18 anos)</p> <p><b>Hidroxiuréia cáps de 500mg</b></p> <p><b>Hidroxiuréia comp de 100mg</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para todos:</b> Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o este de fracionamento da hemoglobina por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), eletroforese de hemoglobina, focalização isoelétrica (IEF) ou detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (sem validade)</li> </ul> <p><b>Para Hidroxiuréia, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo com contagem de reticulócitos, (validade 90 dias)</li> <li>- Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias)</li> <li>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano)</li> <li>- Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> <p><b>Para Alfaepoetina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma (validade 90 dias);</li> <li>- informação médica sobre o uso de Hidroxiuréia;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><b>Para hidroxiuréia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma e contagem de reticulócitos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> 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"> <li>- Em pacientes com sorologia positiva para hepatites B e C: Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG (mulheres em idade fértil).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Alfaepoetina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal nos primeiros seis meses. Após, trimestral.</p>	<p>D57.0 D57.1 D57.2</p> <p>Hematologista Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

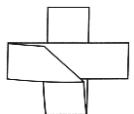
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</b></p> <p><b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</b></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 &lt; 18 meses</u>: quantificação do RNA viral plasmático e detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida;</p> <p>2.2- Crianças com idade &gt; 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;</p> <p>3. <b>Para HIV</b>: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;</p> <p>4. <b>Para púrpura trombocitopênica</b>: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.</p>	<p>- Creatinina, TGO e TGP.  <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>B20.0 – B20.1</b>  <b>B20.2 – B20.3</b>  <b>B20.4 – B20.5</b>  <b>B20.6 – B20.7</b>  <b>B20.8 – B20.9</b>  <b>B22.0 – B22.1</b>  <b>B22.2 – B22.7</b>  <b>B23.0 – B23.1</b>  <b>B23.2 – B23.8</b>  <b>B24</b></p> <p>Pediatra ou Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>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.</p>
<p><b>DPOC (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Budesonida 200 mcg cáp inal ou pó para inalação</b></p> <p><b>Budesonida 400 mcg cáp para inalação</b></p> <p><b>Fenoterol 100 mcg/dose sol aerosol (indisponível: atualmente sem demanda)</b></p> <p><b>Formoterol 12 mcg cáp ou pó para inalação</b></p> <p><b>Formoterol + budesonida 6+200 mcg e 12+400 mcg cáp ou pó para inalação</b></p> <p><b>Associação LABA + LAMA: Umeclidinílio + Vilanterol (62,5 + 25)</b></p>	<p><b>Exigido para comprovação diagnóstica (1ª solicitação):</b></p> <p><u>Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC</u>:</p> <p>Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (<b>validade 12 meses</b>);</p> <p>Se associação LABA + LAMA + ICS, acrescentar: Hemograma (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><b>Exigido para substituição/troca de medicamentos:</b></p> <p>- Para todos:  Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC (link).</p> <p>- Para <b>Tiotrópico + Olodaterol</b>, acrescentar:  Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (<b>validade 12 meses</b>).</p> <p>- Para <b>Associação LABA + LAMA + ICS</b>, acrescentar:  Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (<b>validade 12 meses</b>).</p>	<p>- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispneia (MMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações.  <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>- Para Budesonida, Formoterol + Budesonida e associação LABA + LAMA + ICS: Hemograma.  <b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>J44.0</b>  <b>J44.1</b>  <b>J44.8</b></p> <p><b>Para associação LABA + LAMA ou LABA + LAMA + ICS</b>  Pneumologista (exclusivamente)</p> <p><b>PCDT</b></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 26/01/2026

**SUS**

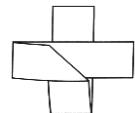
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>mcg pó para inalação</b>  <b>Tiotrópio + Olodaterol (2,5+2,5) mcg sol para inalação</b></p> <p><b>Associação LABA + LAMA + ICS:</b>  <b>Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol (100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg pó para inalação oral</b>  <b>(Indisponível: item ainda não disponibilizado)</b></p> <p><b>Beclometasona + Formoterol + Glicopirrônio 100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg solução aerosol para inalação oral</b></p> <p><b>Documentação para abertura</b>  *atualizado em 08/01/2026</p>	<p>de função pulmonar da SBPT* (validade 12 meses);</p> <p>Hemograma completo (validade 3 meses).</p> <p><b>Atenção:</b> Exames adicionais podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora, como por exemplo:  Dosagem de alfa-1-antitripsina;</p> <p>Exame de imagem do tórax.</p> <p>* Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.</p>		
<p><b>DOR CRÔNICA</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</b></p> <p><b>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</b></p> <p><b>Metadona 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Morfina 10mg e 30mg comp.</b></p> <p><b>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</b></p> <p><b>Naproxeno 500 mg comp.</b></p> <p><b>Documentação para abertura</b></p>	<p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando: <ul style="list-style-type: none"> <li>* os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um;</li> <li>* Localização, duração, intensidade e tipo de Dor (dor nociceptiva, neuropática, nocíplástica ou mista). Preferencialmente, por meio de escalas que melhor se adapte ao paciente descritas no <a href="#">apêndice A do PCDT-MS</a></li> </ul> </li> </ul> <p>Para Naproxeno (acrescentar):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME informando diagnóstico de Osteoartrite de joelho e/ou de quadril.</li> </ul> <p><b>* Validez 90 dias.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, uréia, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p>	<p><b>R52.1 e R52.2</b>  <b>(todos exceto Naproxeno)</b></p> <p><b>M16 / M16.0</b>  <b>M16.1 / M16.4</b>  <b>M16.5 / M16.6</b>  <b>M16.7 / M16.9</b>  <b>M17 / M17.0</b>  <b>M17.1 / M17.2</b>  <b>M17.3 / M17.4</b>  <b>M17.5 / M17.9</b>  <b>(Somente Naproxeno)</b></p> <p><b>PCDT</b></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 26/01/2026

**SUS**

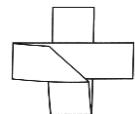
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>DOR CRÔNICA</b>  <b>(Critério de Uso – Estadual)</b></p> <p><b>Tramadol 50mg caps.</b>            (Acima de 16 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- <a href="#">Escalas_preenchidas_de_Dor_LANSS_(classificação_da_dor_de_predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor).</a></li> </ul> <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>M15.3 / M19.9</b>  <b>M18.9 / M18.2</b>  <b>M19.1 / M18.0</b>  <b>M19.0 / M25.5</b>  <b>M79.6 / M54.5</b>  <b>M54.6 / R52.9</b>  <b>M54.9 / M43.9</b>  <b>M53.9 / M79.0</b></p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></p>
<p><b>ENDOMETRIOSE</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Danazol 100mg cáps.</b>            (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Gosserrelina 3,6mg injetável</b></p> <p><b>Gosserrelina 10,8 mg injetável</b></p> <p><b>Leuprorrelina 3,75 mg</b></p> <p><b>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo segundo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatopatológico de biópsia peritoneal.</li> </ul>	<p><b>Para Danazol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina;</li> <li>- Exame qualitativo de urina;</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>N80.0/ N80.1/ N80.2</b>  <b>N80.3/ N80.4/ N80.5</b>  <b>N80.8</b></p> <p>Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p>*Atualizado 29/12/2025</p> <p><b>ENXAQUECA</b>  <b>(Critério de uso – Estadual)</b></p> <p><b>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente maior de 18 anos;</li> <li>- Apresentação do <a href="#">Diário de Cefaléia</a> que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</li> <li>- 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).</li> </ul> <p>* Validez 90 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de <a href="#">diário de cefaléia</a> e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>G43</b>  <b>G43.0</b>  <b>G43.1</b>  <b>G43.3</b>  <b>G43.9</b></p> <p>Neurologista</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></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 26/01/2026

**SUS**

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

**EPILEPSIA  
(Protocolo MS)**

**Clobazam 10mg**  
 (Temporariamente indisponível – [Nota técnica](#))

**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)**

**Primidona 100mg comp.**

**Vigabatrina 500mg comp.**

[Documentação para abertura](#)

\* Atualizado em 29/09/25

- [Diário de registro de crises \(validade 90 dias\)](#)

- [Diário de registros de crises](#).

**Periodicidade:** Semestral

**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: avaliação para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento com a dieta cetogênica.

[PCDT](#)

**EPILEPSIAS REFRAATÁRIAS 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)

- [Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de Dravet, Lennox-Gastaut e no complexo de esclerose](#);

- Relato médico (LME ou em laudo à parte) com descrição detalhada das crises e histórico médico, e do tratamento medicamentoso realizado;

- [Diário de crises \(validade 90 dias\)](#).

- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO (validade 3 meses).

- Exames de imagem (**sem validade**):

o Laudo de Eletroencefalograma compatível com achados com síndrome

- Relato médico quanto à tolerabilidade do tratamento, especialmente quanto a presença de efeitos adversos cognitivos e comportamentais.

**Periodicidade:** Semestral

- [Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de dravet, lennox-gastaut e no complexo de esclerose](#)

**Periodicidade:** Semestral

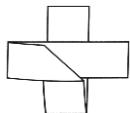
**G40.4  
Q85.1**

Neurologista, neuropediatra ou neurocirurgião  
 (Exclusivamente)

[Protocolo Estadual](#)

**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 26/01/2026

**SUS**

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



**(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)

[Documentação para abertura](#)[Nota técnica](#)

- Lennox-Gasteut ou síndrome de Dravet; **OU**  
 Laudo de Tomografia Computadorizada de Crânio ou de Ressonância Magnética de Encéfalo com laudo, em casos de Complexo da Esclerose Tuberosa.

- **Diário de registros de crises.**  
**Periodicidade:** Semestral

- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO;  
**Periodicidade:** Semestral

**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.](#)[Documentação para abertura](#)

- 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:**  
 - AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina (**validade 90 dias**).

- 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 imunossupressores em casos especiais de ES juvenil.

**PCDT**

**ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – ELA (Protocolo MS)**

**Riluzol 50mg comp.**[Documentação para abertura](#)

- Eletroneuromiografia dos 4 membros (**validade 24 meses**);
- Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (**validade 90 dias**);
- $\beta$ HcG para mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**);

- Hemograma completo;
  - TGO/TGP.
- Periodicidade:** Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.

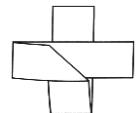
**G12.2**

Neurologista  
 (Preferencialmente).

**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 26/01/2026

**SUS**

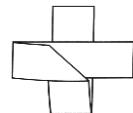
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Alemtuzumabe injetável, 12mg F/A (18 anos)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A</b></p> <p><b>Betainterferona 1B 9.600.000UI (30mcg) F/A</b></p> <p><b>Cladribina 10mg comp.</b></p> <p><b>Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos)</b></p> <p><b>Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos)</b></p> <p><b>Glatirâmer 40mg (seringa preenchida)</b></p> <p><b>Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)</b></p> <p><b>Teriflunomida 14mg comp (18 anos)</b></p> <p><a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a></p>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS.</li> <li>- <b>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li> <li>○ Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (<b>validade 3 meses</b>).</li> <li>○ Exceto para acetato de glatirâmer e betainterferonas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>▪ Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>).</li> <li>▪ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>▪ Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- <b>Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>○ Valor da Escala EDSS (<a href="#">Escala Expandida do Estado de Disfunção</a>).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Alemtuzumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Cladribina e ausência de contraindicações ao uso do Alemtuzumabe (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li> <li>- Creatinina sérica, exames de urina e TSH (<b>validade 3 meses</b>);</li> </ul> <p><b>Para Betainterferonas, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TSH (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Cladribina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Natalizumabe (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li> <li>- Hemograma (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- 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 (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Fingolimode, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 contraindicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de surtos;</li> <li>- <a href="#">Valor da Escala EDSS</a>;</li> <li>- Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos</li> </ul> <p><b>Periodicidade: semestral</b></p> <p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b></p> <p><b>Para Betainterferonas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH</li> </ul> <p><b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b></p> <p><b>Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas</li> </ul> <p><b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b></p> <p><b>Para Fingolimode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas</li> </ul> <p><b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b></p> <p>- Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica</p> <p><b>Periodicidade: anualmente.</b></p> <p><b>Para Cladribina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo</li> </ul> <p><b>Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento</b></p> <p><b>Para Alemtuzumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH</li> </ul>	<p align="center"><b>G35</b>  <b>Neurologista (Exclusivamente)</b></p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p align="center"><a href="#"><b>PCDT</b></a></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 26/01/2026

**SUS**

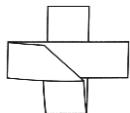
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<p><b>Para Natalizumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe (<b>validade 3 meses</b>), associado a uma das opções abaixo:</li> </ul> <p>Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Relato médico documentado este diagnóstico; (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; (<b>validade 2 anos</b>).</li> </ul> <p>Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de fingolimode (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>).</li> </ul>	<p><b>Periodicidade:</b> 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.</p>	
<b>ESPASTICIDADE (Protocolo MS)</b>  <b>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</b>  <b>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</b>  <a href="#">Documentação de abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\beta</math>HcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li> <li>- Relato médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).</li> </ul>	-	<b>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</b>  <a href="#">PCDT</a>
<b>ESPONDILITE ANCIOSANTE (Protocolo MS)</b>  <b>Adalimumabe 40mg injetável</b>  <b>Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável</b> (Acima de 18 anos)  <b>Etanercepte 25mg</b> (Abaixo de 18 anos)  <b>Etanercepte 50mg injetável</b> (Acima de 18 anos)  <b>Golimumabe 50mg injetável</b> (Acima de 18 anos)  <b>Infliximabe 10mg/ml injetável</b>  <b>Metotrexato 25mg/ml solução injetável</b>	<p><b>Para Todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (<b>validade 2 anos</b>);</li> </ul> <li>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Relato médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> </ul> </ul> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor de BASDAI ou ASDAS;</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Metotrexato e Naproxeno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e uréia.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, TGO, TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p>	<b>M45 M46.8</b>  Reumatologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista.  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

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

**e 2,5mg comprimido****Naproxeno 500mg comprimido****Secuquinumabe 150 mg/mL injetável**  
(Acima de 18 anos)**Sulfassalazina 500mg comprimido**[Documentação para abertura](#)

- 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.

**ESQUIZOFRENIA  
(Protocolo MS)****Clozapina 25mg e 100mg comp.****Olanzapina 5mg e 10mg comp.****Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e  
300mg comp.****Risperidona 1mg e 2mg comp.****Ziprasidona 40mg e 80mg comp.**[Documentação de abertura](#)

- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum – (**validade 3 meses**)

**Para Clozapina, acrescentar:**

- Hemograma completo (**validade 30 dias**).

**Para Todos:**

- Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídos e glicemia de jejum.

**Periodicidade:** Anual.**Só para Clozapina:**

- Hemograma completo.

**Periodicidade:** Mensal.

F20.0  
F20.1  
F20.2  
F20.3  
F20.4  
F20.5  
F20.6  
F20.8

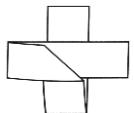
Psiquiatra  
Médico do Programas de Saúde  
Mental do SUS  
(Exclusivamente)

Casos especiais:  
**Geriatra:** Somente para idosos com Doença de Alzheimer  
**Neurologista:** pacientes epilépticos que apresentam co-morbidades: alteração de comportamento, agressividade e alucinações.

[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 26/01/2026

**SUS**

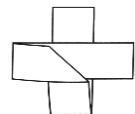
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA</b></p> <p><b>Dapagliflozina 10mg comp</b></p> <p><u><a href="#">Documentação para abertura</a></u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando: <ul style="list-style-type: none"> <li>o O estágio da DRC que o paciente se encontra;</li> <li>o Se paciente é diabético ou não;</li> <li>o O tratamento medicamentoso atualmente em uso descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte; (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> </li>   <li>- Creatinina sérica (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Para pacientes não diabéticos, acrescentar razão Albumina/Creatinina (RAC) urinária (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando o estágio da DRC que o paciente se encontra.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EAS, Creatinina sérica, Potássio sérico e RAC urinária.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual (a depender da clínica, pode-se solicitar exames complementares para monitorização).</p>	<p><b>N18.2</b>  <b>N18.3</b>  <b>N18.4</b>  <b>N18.5</b></p> <p><u><a href="#">PCDT</a></u></p>
<p><b>FENILCETONÚRIA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Complemento alimentar isento de fenilalanina</b></p> <p><b>Sapropterina 100mg compr.</b>  (Somente sexo feminino)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames semanais consecutivos) - (<b>sem validade</b>)</li> </ul> <p>Para dispensação de Sapropterina para realização do Teste de responsividade, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relato médico informando diagnóstico de Fenilcetonúria (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC e se paciente está em período gestacional ou não (<b>validade 30 dias</b>).</li> </ul> <p>Para dispensação de Sapropterina durante o período periconcepcional e gestação, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laudo RESPONSIVO ao teste de responsividade à Sapropterina sapropterina (<b>sem validade</b>);</li> <li>▪ Beta HCG ou relato médico que paciente está em período periconcepcional (<b>validade 30 dias</b>);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de Fenilalanina sérica:</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos meses consecutivos)</p>	<p><b>E70.0</b>  <b>E70.1</b></p> <p><u><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

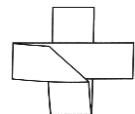
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR</b>  <b>(Critério de Uso - Estadual)</b></p> <p><b>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cápsula</b></p> <p><b>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico (<b>sem validade</b>).</li> <li>- Apresentação da <a href="#">Escala de CHA2DS2-VASc</a> com resultado maior ou igual a 2 (<b>sem validade</b>).</li> <li>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina.  <b>Periodicidade:</b> semestral.</li> <li><b>Obs 1.:</b> Para pacientes em uso de Dabigatran, o clearance de creatinina (CICr) deve estar maior que 30ml/min.</li> <li><b>Obs 2.:</b> 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.</li> </ul>	<p>I48 I63.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial</a></p> <p><a href="#">Dabigatran - Critérios de utilização na fibrilação atrial não valvar</a></p>
<p><b>FIBROSE CÍSTICA</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Alfadornase 2,5mg solução injetável *</b></p> <p><b>Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.*</b>  <small>(Idade entre 6 e 11 anos)</small></p> <p><b>Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.*</b>  <small>(acima de 6 anos)</small></p> <p><b>Ivacaftor 150mg comp.</b>  <small>(acima 6 anos)</small></p> <p><b>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.</b></p> <p><b>Tobramicina 300mg solução inalatória *</b></p> <p><small>*medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva)</small></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística (<b>sem validade</b>).</li> </ul> <p><b>Para Alfadornase, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Pancreatina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Ivacaftor, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 (<b>sem validade</b>).</li> </ul> <p><b>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME informando dados antropométricos (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC); o número de exacerbações pulmonares e hospitalizações no último ano e medida da pressão arterial (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Cópia de exame de mutação genética F508del no gene CFTR (<b>sem validade</b>);</li> <li>- Dosagem quantitativa de cloreto no suor atualizado (<b>sem validade - no diagnóstico</b>);</li> <li>- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Espirometria (<b>validade 6 meses</b>);</li> <li>- Laudo de cultura de secreção respiratória (<b>validade 3 meses</b>);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME.  <b>Periodicidade:</b> semestral.</li> <li><b>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e ivacaftor, acrescentar:</b></li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina.  <b>Periodicidade:</b> no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual.</li> <li>- Espirometria  <b>Periodicidade:</b> anual</li> <li>- Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio;</li> <li>- Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação ao ano anterior;</li> <li>- Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios;</li> <li>- Melhora do estado nutricional, medido</li> </ul> </li> </ul> </ul>	<p><b>E84.0</b>  <small>(exceto pancreatina)</small></p> <p><b>E84.1</b>  <small>(Exceto alfadornase e Tobramicina)</small></p> <p><b>E84.8</b>  <small>(para todos)</small></p> <p>O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC.</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

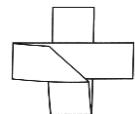
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<u>Documentação para abertura</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> <p><b>Para Tobramicina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver outra explicação;</li> <li>- Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> 12º mês de uso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem quantitativa de cloreto no suor</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Entre o 3º e 12º mês de uso.</p>	
<b>FIBROSE CÍSTICA</b> (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
<b>GLAUCOMA</b> (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  Pilocarpina 20mg/mL sol oftalmica  Timolol 5mg/mL sol oftalmica  Travoprost 0,04mg/mL sol oftalmica  <u>Documentação para abertura</u>	<p>Para abertura do processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente</a> (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Campimetria (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul> <p>- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justificando a substituição</a> (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medida da PIO basal.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campimetria.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p>	H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0  Oftalmologista (Exclusivamente)  <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

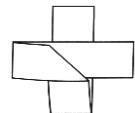
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL</b> (idade acima de 14 anos)</p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (<b>sem validade</b>);</li><li>- Cópia de exame lactato desidrogenase (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (<b>sem validade</b>); <b>ou</b> Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (<b>sem validade</b>); <b>ou</b> Cópia de ecocardiograma com PSAP &gt; 35 (<b>sem validade</b>); <b>ou</b> Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (<b>validade 3 meses</b>); <b>ou</b> Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (<b>validade 3 meses</b>).</li><li>- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Exames laboratoriais: Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- <a href="#">Questionário de avaliação da qualidade de vida</a> (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico descrevendo a evolução clínica.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Questionário de avaliação da qualidade de vida</a>.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p>	<p><b>D59.5</b> Hematologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<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"><li>- Para pacientes sem outras doenças autoimunes concomitantes, informar a pontuação obtida no ERDHAL; <b>ou</b></li><li>- Para pacientes com doenças autoimunes, informar a pontuação obtida nos critérios simplificados para diagnóstico de HAI.</li></ul> <p>Exames sanguíneos utilizados para a pontuação obtida em seu respectivo escore de diagnóstico;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ALT/TGP, AST/TGO e fosfatase alcalina (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Gamaglobulina ou IgG (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- FAN/anti-músculo liso ou anti-LKM-1 (<b>validade 1 ano</b>);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	<p><b>K75.4</b></p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

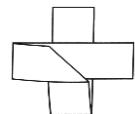
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorologias de hepatites virais: anti-HAV IgM; HBsAg; Anti-HBc total; Anti-HCV e HCV-RNA qualitativo (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Biópsia hepática (<b>sem validade</b>).</li> </ul>		
<b>HEMANGIOMA INFANTIL</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Alfainterferona 2b</b> <b>3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;</li> <li>- Exames laboratoriais: TSH, ALT/TGP, AST/TGO, TAP (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, TSH (somente para casos de hipotireoidismo).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<b>D18.0</b> Pediatra (Preferencialmente) <a href="#">PCDT</a>
<b>HIDRADENITE SUPURATIVA</b>  <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida</b>  (Acima de 18 anos)  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 (<b>validade 3 meses</b>); <b>e</b></li> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>); <b>e</b></li> <li>- PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>); <b>e</b></li> <li>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>); <b>e</b></li> <li>- Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>); <b>e</b></li> <li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da <i>HiSCR</i> (<i>Hidradenitis Suppurativa Clinical Response</i>)</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p>	<b>L73.2</b> Dermatologista (Preferencialmente). <a href="#">PCDT</a>
<b>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA</b>  <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Fludrocortisona 0,1mg comp.</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Dosagem de sódio e potássio séricos <b>OU</b> dosagem renina plasmática e aldosterona (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<b>E25.0</b> Endocrinologista (Preferencialmente) <a href="#">PCDT</a>

**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 26/01/2026

**SUS**

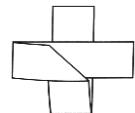
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>HIPERPROLACTINEMIA</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Cabergolina 0,5 mg comp.</b></p> <p><b>Bromocriptina 2,5mg comp.</b>          (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa de macroprolactina (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Dosagem de prolactina (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li> <li>- <u>Ecocardiografia transtorácica:obrigatório somente para os pacientes com doses altas de cabergolina (&gt; 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (validade 6 meses)</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de Prolactina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou nos casos de mudança de dose.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.</p>	<p><b>E22.1</b></p> <p>Ginecologista          Endocrinologista          (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>  <b>PULMONAR</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Sildenafil 20 mg comp.</b></p> <p><b>Ambrisentana 5mg e 10mg comp.</b></p> <p><b>Bosentana 62,5mg e 125mg comp.</b></p> <p><b>Iloprost 10 mcg/mL solução para nebulização</b></p> <p><b>Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para início de tratamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO<sub>2</sub>) (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Laudo médico informando (<b>validade 3 meses</b>): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>;</li> <li>o Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li> <li>o Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M);</li> <li>o Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para associação ou substituição de medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico informando (<b>validade 3 meses</b>): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li> </ul> </li> </ul> <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"> <li>- 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).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>Somente para <b>Ambrisentana e Bosentana</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após semestral.</p>	<p><b>I27.0</b>  <b>I27.2</b>  <b>I27.8</b></p> <p>Pneumologista          (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>HIPOPATIREOIDISMO</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais (<b>validade 3 meses</b>): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Dosagem de cálcio total e albumina, <u>OU</u> cálcio iônico;</li> <li>o PTH;</li> <li>o Fósforo e magnésio;</li> <li>o Creatinina e calciúria 24h;</li> <li>o Taxa de filtração glomerular estimada ou clearance de creatinina;</li> <li>- Peso atual do paciente.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal até normalização e após, semestral.</p>	<p><b>E20.0 / E20.1</b>  <b>E20.8 / E89.2</b></p> <p>Endocrinologista          (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 26/01/2026

**SUS**

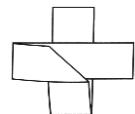
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



			Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia.  <a href="#">PCDT</a>
<b>ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS)</b>  Acitretina 10mg e 25mg cáps.  <a href="#">Documentação para abertura</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fosfatase alcalina; Bilirrubinas;</li> <li>- Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO;</li> <li>- Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos;</li> <li>- Uréia; Creatinina;</li> <li>- Glicose; Hemograma completo;</li> <li>- EAS;</li> <li>- Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças.</li> </ul> <p><b>*Validade 90 dias.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Crianças (até 19 anos)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Densitometria óssea em maiores 60 anos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>L44.0/ Q80.0/ Q80.1 Q80.2/ Q80.3/ Q80.8 Q82.8</b></p> <p>Dermatologista (Preferencialmente).</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<b>IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS)</b>  Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.  <a href="#">Imunodeficiencia Primária</a>	<p><b>Para todos os CIDs (validade 3 meses):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de IgG total, IgA, IgM;</li> <li>- Hemograma completo;</li> <li>- Uréia e Creatinina;</li> <li>- ALT, AST e Albumina sérica.</li> </ul> <p><b>Incluir somente para o CID D80.3 (validade 3 meses):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subclasses de IgG.</li> </ul> <p><b>Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B;</li> <li>- Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti – tétano, anti – difteria, anti – rubéola, anti – hepatite B, anti- sarampo;</li> <li>- Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>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</b></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><a href="#">PCDT</a></p>
<b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</b>  Azatioprina 50mg comp  Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgate)</li> <li>- Não são exigidos exames iniciais.</li> </ul>	<p>Para Azatioprina e Micofenolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo</li> </ul> <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"> <li>- Amilase, ALT/TGP e AST/TGO</li> </ul>	<p><b>Z94.1 T86.2</b></p> <p>Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema</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 26/01/2026

**SUS**

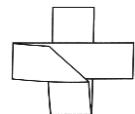
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b> <b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</b> <b>Micofenolato de mofetila 500mg comp</b> <b>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</b> <b>Tacrolimo 1mg e 5mg caps</b>  <a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a>  *Atualizado em 29/12/2025	<p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p>	<p><b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Tacrolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina</li> </ul> <p><b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Everolimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina</li> </ul> <p><b>Periodicidade: a critério médico.</b></p>	<p>Nacional de Transplantes</p> <p><a href="#"><u>PCDT</u></a></p>
<b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</b> <b>Azatioprina 50 mg comp</b> <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b> <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b> <b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</b> <b>Micofenolato mofetila 500mg comp.</b> <b>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</b> <b>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</b> <b>Sirolimo 1mg e 2mg.</b>  <a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a>  *Atualizado em 29/12/2025	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos (<b>sem validade</b>);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><a href="#"><u>Imunossupressao do transplante Hepatico em Pediatria</u></a></p>	<p>Para <b>Azatioprina</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, ALT/TGP e AST/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para <b>Ciclosporina e Tacrolimo</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p><b>T86.4</b> <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p><a href="#"><u>PCDT</u></a></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 26/01/2026

**SUS**

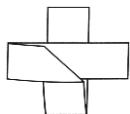
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b></p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato mofetila 500mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp</b></p> <p><b>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos (<b>sem validade</b>);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p><b>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo:</b>  - Dosagem sérica do respectivo medicamento  <b>Periodicidade:</b> quando houver ajuste de dose.</p> <p><b>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo:</b>  - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio,  <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p><b>Para: Azatioprina</b>  - Hemograma completo.  <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações.  <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p>	<p><b>T86.4</b>  <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p>*Atualizado em 29/12/2025</p> <p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b></p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato mofetila 500mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</b></p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não);</li> <li>○ HLA;</li> <li>○ Tempo de isquemia;</li> <li>○ Reatividade contra painel;</li> <li>○ Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência;</li> <li>○ Se trata de retransplante.</li> </ul> <p>- Alta hospitalar.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p><b>Para Azatioprina</b>  - Hemograma completo  <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro.  <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p><b>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:</b>  - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro,</p>	<p><b>Z94.0</b>  <b>T86.1</b></p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

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

**Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg****Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g****Tacrolimo 1mg e 5mg cáps**[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 29/12/2025

Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo.

**Periodicidade:** a critério médico.**Para Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:**

- Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.

\*\* Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.

**INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON  
(Protocolo MS)****Fludrocortisona 0,1mg comp.**[Documentação para abertura](#)- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH ou cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) ou Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona (**validade: 3 meses**).

- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio.

**Periodicidade:** Semestral.

- Solicitar registros das medidas de pressão arterial.

**Periodicidade:** Trimestral.**E27.1  
E27.4**Endocrinologista  
(Preferencialmente)[PCDT](#)**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA****Dapagliflozina 10mg comp****Sacubitril Valsartana Sódica 50mg, 100mg e 200mg comprimido**[Documentação para abertura](#)

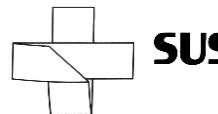
\* Atualizado em 17/10/2024

- 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**[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 26/01/2026

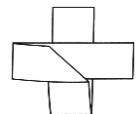


<p><b>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</b> <b>Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI cápsulas</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia (<b>3 meses validade</b>): - teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal <b>Associado a:</b> - 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. <b>Exceção:</b> - 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).</p>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p>	<p><b>K86.0</b> <b>K86.1</b> <b>K90.3</b>  Gastroenterologista (Preferencialmente).  <a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</b> <b>Oxibutinina 5 mg comp.</b>  <b>Oxibutinina 10 mg comp. Liberação prolongada</b>  <b>Tolterodina 4 mg*</b> (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - <a href="#">Nota Técnica</a>)</p>	<p>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (<b>validade 90 dias</b>);  - Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (<b>validade 90 dias</b>).</p>	<p>-</p>	<p><b>R32</b> <b>N30.0 / N31.0 / N31.9</b> <b>N32.0 / N33.0 / N39.0</b>  Urologista Nefrologista (Preferencialmente)  <a href="#">Protocolo Estadual</a></p>
<p><b>LEIOMIOMA DO ÚTERO (Protocolo MS)</b>  <b>Gosserrelina 3,6mg injetável</b>  <b>Gosserrelina 10,8 mg injetável</b>  <b>Leuprorrelina 3,75 mg</b>  <b>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- Histerosalpingografia <u>OU</u> - Histeroscopia <u>OU</u> - Histerossalpingografia <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).  <b>*Validade 1 ano.</b></p>	<p>- Ultrassonografia e hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>D25.0</b> <b>D25.1</b> <b>D25.2</b>  Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia.  <a href="#">PCDT</a></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 29/12/2025

ATUALIZADO EM 26/01/2026

**SUS**

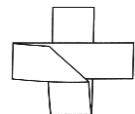
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>LINFANGIOLEIOMIOMATOSE</b>  <b>Sirolimo 1mg e 2mg comp</b>    <a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente</li> <li>- Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade)</li> <li>- Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade);</li> <li>- Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou</li> <li>- Laudo de TC ou ressonância magnética de abdôme (sem validade); ou</li> <li>- Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou</li> <li>- Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou</li> <li>- Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica do medicamento.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral ou quando houver ajuste de dose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual.</p>	<p><b>J84.8</b>  <a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO</b>  <b>(Protocolo MS)</b>    <b>Azatioprina 50 mg comp.</b>    <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>    <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b>  <b>(frasco de 50 ml)</b>    <b>Danazol 100mg cáps.</b>  <b>(Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>)</b>    <b>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</b>    <b>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml</b>  <b>solução injetável</b>    <b>Micofenolato de mofetila 500 mg comp.</b>  <b>(somente para Nefrite Lúpica)</b>    <a href="#">Documentação para abertura</a>    *Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI (<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>).</li> <li>- 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 (<b>validade 90 dias</b>).</li> <li>- FAN (<b>sem validade</b>).</li> </ul> <p><b>Para LES + NEFRITE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, Eletrólitos (sódio e potássio) (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (<b>sem validade</b>)</li> </ul> <p><b>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teste de Coombs direto, Reticulócitos, DHL (desidrogenase lática). (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul> <p><b>Para LES + TROMBOSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM. (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação oftalmológica (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, complementos C3 e C4.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e uréia.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Ciclosporina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e uréia.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de ciclosporina</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Ciclofosfamida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- creatinina, uréia, sódio e potássio.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação oftalmológica.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>L93.0</b>  <b>L93.1</b>  <b>M32.1</b>  <b>M32.8</b></p> <p>Reumatologista  (Preferencialmente)</p> <p>Os casos LES + NEFRITE  poderão ser prescritos por  Nefrologista.</p> <p>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.</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

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

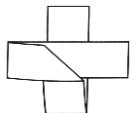


		<p>Para <b>Danazol</b>  - TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicerídeos.  <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	
<b>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</b>  <b>Talidomida 100 mg comp.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não é exigido LME;</li> <li>- Notificação de receita de talidomida;</li> <li>- Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade <b>OU</b> Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade;</li> <li>- Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – <b>validade 90 dias</b>;</li> <li>- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (<b>Validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.</li> </ul>	<b>M32/ L93.0/ L93.1</b> <b>T86.0/ C90.0/D46.0</b> <b>D46.1/ D46.4</b>  Hematologista Reumatologista (Preferencialmente)
<b>MIASTENIA GRAVIS (Protocolo MS)</b>  <b>Azatioprina 50mg comp.</b>  <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</b>  <b>Piridostigmina 60mg comp.</b>  <a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato em LME das manifestações clínicas compatíveis com MG;</li> <li>- Exames confirmatório de diagnóstico (sem data de validade): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laudo de Eletroneuromiografia; <b>ou</b></li> <li>▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetylcolina</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>)</li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Creatinina e uréia (<b>validade 3 meses</b>)</li> </ul> <p><b>Para Imunoglobulina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) (<b>validade 90 dias</b>).</li> <li>- Creatinina e uréia (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagem sérica de IgA (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul>	<p><b>Para Azatioprina:</b>  Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP  <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b>  - Nível sérico de ciclosporina.  <b>Periodicidade:</b> Anual</p> <p><b>Para Imunoglobulina:</b>  - Creatinina e uréia  <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<b>G70.0</b> <b>G70.2</b>  <a href="#"><u>PCDT</u></a>

**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 26/01/2026

\*Atualizado em 29/12/2025

**SUS**

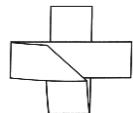
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b></p> <p><b>Hidroxicloroquina 400mg comp.</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável</b></p> <p><a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico descrevendo o diagnóstico sindrômico identificando o fenótipo clínico do paciente.</li><li>- Exames laboratoriais:<ul style="list-style-type: none"><li>o creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase; e</li><li>o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e desidrogenase láctica (DHL) (<b>validade 90 dias</b>);</li></ul></li></ul> <p><b>Para Ciclosporina e Metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- creatinina e uréia (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exame oftalmológico (<b>validade 1 ano</b>).</li></ul> <p><b>Para Imunoglobulina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem sérica de IgA (<b>validade 90 dias</b>)</li></ul> <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><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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 <a href="#"><u>PCDT-MS</u></a>.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- CPK ou aldolase.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- hemograma completo, fosfatase alcalina, AST/TGO, ALT/TGP.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia, creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beta HCG (para mulheres em idade fértil).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Creatinina e uréia.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico em LME quanto ao monitoramento da pressão arterial sistêmica.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Colesterol total e frações, triglicerídeos e potássio sérico.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exame oftalmológico.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>M33.0 (para todos)</b> <b>M33.1 (para todos)</b> <b>M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</b></p> <p>Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#"><u>PCDT</u></a></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 26/01/2026

**SUS**

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



**MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I**  
**(Protocolo MS)**

**Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5ml**

[Documentação para abertura](#)

\* Atualizado em 12/04/2018.

- 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:
  - 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;

- 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;  
**Periodicidade:** semestral

- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs);  
**Periodicidade:** semestral.
- Questionário de qualidade de vida validado;  
**Periodicidade:** anual.

**E76.0**

Tratamento é recomendado que seja feito por equipe em serviços especializados.

[PCDT](#)

**MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II**  
**(Protocolo MS)**

**Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml**

[Documentação para abertura](#)

- Exame de comprovação diagnóstica:
  - 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);
- 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**).

- 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).  
**Periodicidade:** semestral.

- Questionário de qualidade de vida validado;
- Laudo de médico neurologista descrevendo o desenvolvimento neuropsicomotor.  
**Periodicidade:** anual.

**E76.1**

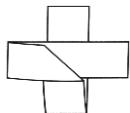
Geneticista  
Neurologista  
Pediatra  
(Exclusivamente)

Deve ser feito por equipe em serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade.

[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 26/01/2026

**SUS**

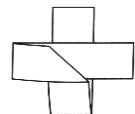
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A</b>  <b>(PCDT-MS)</b></p> <p><b>Alfaelosulfase 1 mg/ml injetável.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:  <b>Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos</b> <b>E</b> 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;  <b>OU</b>  <b>Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos</b> <b>E</b> Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.</p> <p>- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses);</p> <p>- Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias);</p> <p>- Ecocardiograma (validade 180 dias);</p>	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período;</p> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p> <p>- Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M);  - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos;  - Ecocardiograma;  - Espirometria;  <b>Periodicidade:</b> semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p><b>E76.2</b></p> <p>Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar em serviços especializados.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI</b>  <b>(PCDT-MS)</b></p> <p><b>Galsulfase 1mg/ml injetável</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade da ASB em fibroblastos ou leucócitos <b>E</b> 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 <b>E</b> Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS)</li> <li>• <b>OU</b></li> <li>• Atividade da ASB em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos <b>E</b> 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 <b>E</b> Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene ASB.</li> </ul> <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses);</li> <li>• Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias);</li> </ul>	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período;</p> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminaoglicanos totais (GAGs);  <b>Periodicidade:</b> semestral no primeiro ano, após, anual.</p> <p>- Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar:  Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M);  <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p>Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador);  <b>Periodicidade:</b> semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p><b>E76.2</b></p> <p>Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

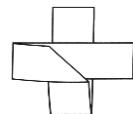
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL)</b>  <b>Ertapenem 1g injetável F/A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. <b>Periodicidade:</b> trimestral.</li> </ul>	<b>M46.2</b> <b>M86.4</b> <b>M86.6</b> <b>M86.9</b>  <b>Infectologista</b> (Exclusivamente)
<b>Teicoplanina 400mg injetável F/A</b>  <u><a href="#">Documentação para abertura</a></u>  *Atualizado em 14/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul>		<u><a href="#">Protocolo Estadual</a></u>
<b>Osteoporose (Protocolo MS)</b>  <b>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</b>  <b>Calcitonina 200UI Spray Nasal</b>  <b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b>  <b>Pamidronato 60 mg injetável F/A</b>  <b>Raloxifeno 60mg comp.</b>  <b>Risedronato 35 mg comp</b>  <b>Romosozumabe 90mg/mL seringa com 1,17mL (equivalente a Romosozumabe 105mg seringa)</b> (somente mulheres)  <u><a href="#">Documentação para abertura</a></u>	<p><b>Para Todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u><a href="#">Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de osteoporose preenchido pelo médico assistente</a></u> (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Densitometria óssea (<b>validade 1 ano</b>)</li> <li>- Exames laboratoriais: cálcio sérico, 25- hidroxivitamina D e creatinina ou clearance de creatinina (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul> <p>- Caso apresente histórico de fratura osteoporótica: anexar laudo da radiografia que evidencia a fratura (<b>sem validade</b>);</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 (<b>sem validade</b>).</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Densitometria óssea</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> a cada 2 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e cálcio e clearance de creatinina</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> <b>semestral</b></p> <p><b>Romosozumabe:</b> Período máximo de fornecimento de 1 ano.</p>	<b>M80.0 / M80.1</b> <b>M81.0 / M81.1</b> <b>(APENAS PARA MULHERES)</b>  <b>M80.2 / M80.3</b> <b>M80.4 / M80.5</b> <b>M80.8 / M81.2</b> <b>M81.3 / M81.4</b> <b>M81.5 / M81.6</b> <b>M81.8</b> <b>M82.0</b> <b>M82.1 / M82.8</b> <b>M85.8</b> <b>(AMBOS OS SEXOS)</b>  <u><a href="#">PCDT</a></u>
<b>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</b>  <b>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</b>  <b>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</b>	<p>Para paciente com <b>previsão de transplante para os próximos 3 meses</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença hepática Crônica Terminal por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+)</li> <li>- HBeAg</li> <li>- Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV</li> </ul> </li> <li>• Hepatite fulminante por vírus B: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-HBc IgM (+).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> 1º, 4º e 7º mês.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti – HBs, ALT e AST.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais).</p>	<b>B18.0</b> <b>B18.1</b> <b>B16.0</b> <b>B16.2</b>  <b>Infectologista</b> <b>Gastroenterologista</b> (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 26/01/2026

**SUS**

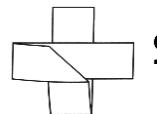
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<p><b>Para paciente pós – transplantado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li></ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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;</li><li>- Portadores de HIV;</li><li>- Idade &lt; 12 anos;</li><li>- Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- HBsAg.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral (não obrigatório).</p>	
<p><b>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO</b> <b>(Critério de Uso - Estadual)</b></p> <p><b>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cáps.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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 (<b>validade 90 dias</b>).</li><li>- Idade maior que 18 anos.</li><li>- Resultado de Clearance de Creatinina (CICr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE <b>com resultado superior a 30ml/min</b>.</li></ul> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no <b>máximo 90 dias</b>.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- exame de clearance de creatinina (<b>validade 90 dias</b>); OU</li><li>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (<b>validade de 90 dias</b>) e peso atualizado do paciente.</li></ol>	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</li><li>- Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (CICr de 30-50 ml/min).</li></ul>	<p><b>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</b></p> <p><b>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</b></p> <p><b>M23.9 : Transtorno interno não especificado do joelho</b></p> <p>Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></p>

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

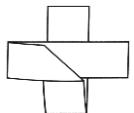
ATUALIZADO EM 26/01/2026



<p><b>PSORÍASE</b> (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 e 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><a href="#">Documentação para abertura</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Exceto para <b>calcipotriol</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hemograma Completo, ureia, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, Gama-GT (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Calcipotriol, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cálcio Sérico (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Acitretina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilirrubinas, Colesterol total e frações, triglicerídeos, sódio, magnésio, potássio, ácido úrico e EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Metotrexate, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Albumina, EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Creatinina, Proteína C reativa (PCR), EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Para todos os medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice PASI ou DLQI</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Acitretina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, AST/TGO, ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para crianças: Raios-X de mãos e punhos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uréia, Creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Metotrexato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p><b>Para Adalimumabe, Etanercepte, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT e PCR</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral</p>	<p><b>L40.0</b> <b>L40.1</b> <b>L40.4</b> <b>L40.8</b></p> <p>Dermatologista (Preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL</b> (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 (<b>validade 3 meses</b>)</p> <p>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (<b>validade 3 meses</b>)</p> <p>- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (<b>validade 3 meses</b>);</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> 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><b>E22.8</b></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 26/01/2026

**SUS**

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



**Triptorelin 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável**

[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 26/12/2022

- 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).**
- Para Ciproterona, acrescentar:  
- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas.

**Observação 2: para o teste de provação: documentos necessários estão em termo específico.**

[Formulário Teste Leuprarelina](#)

[Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprarelina](#)

determinação da idade óssea.

**Periodicidade:** Anual.

Para Ciproterona, acrescentar:

- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas.

**Periodicidade:** semestral

[PCDT](#)

**PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)**

**Azatioprina 50 mg comp.**

**Ciclofosfamida 50 mg drágea**

**Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS)**  
(Indisponível - [Nota Técnica](#))

**Eltrombopague 25mg e 50mg.**

**Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.**

[Documentação para abertura](#)

- Relato médico detalhando a evolução clínica, tempo de diagnóstico de PTI e os tratamentos prévios realizados **(validade 3 meses);**

- Hemograma completo **(validade 1 mês);**

Para Ciclofosfamida:

- Beta HCG em mulheres em idade fértil **(validade 1 mês)** ou documento médico que ateste a esterilização **(sem validade)**

Para Eltrombopague:

- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina **(validade 3 meses).**

**Para todos:**

- Hemograma completo

**Periodicidade:** trimestral ou a cada solicitação de aumento de dose.

**Periodicidade:** Trimestral:

**Azatioprina:** ALT/TGP e AST/TGO.

**Ciclofosfamida:** Creatinina.

**Eltrombopague:** ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina.

**Para Danazol:**

- TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos.

**Periodicidade:** Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral.

- Ultrassonografia abdominal.

**Periodicidade:** Anual.

**D69.3**

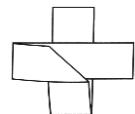
Hematologista  
(Exclusivamente)

Devem ser atendidos em serviços de hematologia.

[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 26/01/2026

**SUS**

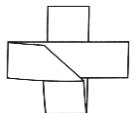
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Burosumabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável</b>          (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos)</p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps</b></p> <p><b>Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada)</b>          (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT)</p> <p><b>Fósforo elementar 250mg cáps</b>          (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT)</p> <p><a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens séricas de 25-Hidroxivitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias)</li> <li>- Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias)</li> <li>- Gasometria venosa (validade 90 dias)</li> <li>- Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano)</li> </ul> <p><b>Para Burosumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico genético de HLX (sem validade)</li> </ul> <p><b>Exames não obrigatórios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade)</li> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiografia das áreas afetadas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> No 1º e o 3º mês de início de tratamento. Após, trimestral.</p> <p><b>Para burosumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxivitamina D. <b>Periodicidade:</b> No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</li> <li>- Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. <b>Periodicidade:</b> No 1º, 3º e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral.</li> <li>- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <b>Periodicidade:</b> semestral no primeiro ano. Após, anual.</li> </ul> <p><b>Para Calcitriol, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. <b>Periodicidade:</b> mensal nos primeiros três meses. Depois, Trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.</li> <li>- Dosagem urinária de cálcio. <b>Periodicidade:</b> mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral até manutenção do tratamento. Após, semestral.</li> <li>- Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <b>Periodicidade:</b> 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica.</li> </ul> <p><b>Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</li> <li>- Dosagem urinária de cálcio. <b>Periodicidade:</b> Trimestral</li> <li>- Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. <b>Periodicidade:</b> anual.</li> </ul>	<p>E55.0          E55.9          E64.3          E83.3          M83.0          M83.1          M83.2          M83.3          M83.8</p> <p><b>Endocrinologista (Preferencialmente)</b></p> <p><a href="#"><u>PCDT</u></a></p>
<p><b>RETOCOLITE ULCERATIVA</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Laudo dos exames:</li> </ul>	<p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> 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 26/01/2026

**SUS**

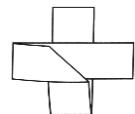
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Mesalazina 400 mg, 500 mg e 800 mg comp.</b>  <b>Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg suposório</b>  <b>Mesalazina 2g sachê</b>  <b>Mesalazina enema 1g + diluente 100ml</b>  <b>Sulfassalazina 500 mg comp.</b>  <b>Infliximabe 100mg F/A (acima 6 anos)</b>  <b>Tofacitinibe 5mg comp. (acima 18 anos)</b>  <b>Vedolizumabe 300mg F/A (acima 18 anos)</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<p>Endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (<b>validade 1 ano</b>); e Histopatológico (<b>sem validade</b>) *.  *em caso de diagnóstico recente ou doença ativa poderá ser solicitado exame recente.</p> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b>  - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b>  - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><b>Para Sulfassalazina e Mesalazina, acrescentar:</b>  - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><b>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe, acrescentar:</b>  - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> - Para substituição/troca entre eles: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laudo de exame endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul> </p>	<p><b>Para Ciclosporina:</b>  - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p><b>Para Sulfassalazina e Mesalazina:</b>  - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</b>  - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para otimização de dose de Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:</b>  - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia).</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>K51.8</b>  <b>Gastroenterologista</b>  <b>Proctologista</b>  <b>(Exclusivamente)</b></p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

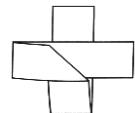
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<b>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Protocolo MS)</b>  <b>Clopidogrel 75mg comp.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME);</li> <li>- 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;</li> <li>- No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista;</li> <li>- No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta.</li> </ul> <p><b>* Validez 90 dias</b></p>		<b>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</b>  <b>Cardiologista (Preferencialmente)</b>  <u><b>Síndromes Coronarianas Agudas</b></u>
<b>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS)</b>  <b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Ciclofósfamida 50 mg drágea</b>  <b>Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos</b>  <b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b>  <b>Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<p><b>Para Ciclosporina, Ciclofósfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (<b>sem validade</b>)</li> <li>- Hemograma completo (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Contagem de reticulócitos (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>)</li> <li>- Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (<b>validade 90 dias</b>) e Sorologia para parvovírus B19 (<b>validade 180 dias</b>)</li> </ul> <p><b>Para Filgrastim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (<b>sem validade</b>)</li> <li>- 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm<sup>3</sup> ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV</li> </ul>	<p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos</li> <li>- Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p><b>Para Ciclofósfamida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.</li> <li>- Dosagem de creatinina e ureia.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> <p><b>Para Eltrombopague:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.</li> <li>- Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p><b>Para Filgrastim - Neutropenias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p><b>Obs.:</b> O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p>	<p><b>D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b>  <b>D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b>  <b>D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b></p> <p><b>D61.0 (exceto Ciclofósfamida)</b>  <b>D61.1 (exceto Ciclofósfamida)</b>  <b>D61.2 (exceto Ciclofósfamida)</b>  <b>D61.3 (exceto Ciclofósfamida)</b>  <b>D61.8 (exceto Ciclofósfamida)</b></p> <p><b>D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)</b>  <b>D70 (apenas Filgrastim)</b>  <b>Z94.8 (apenas Filgrastim)</b></p> <p><b>Hematologista (Exclusivamente)</b>    Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

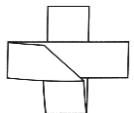
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Imunoglobulina Humana</b>  <b>2,5 g, 5 g F/A</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 (<b>Validade 90 dias</b>);</li> <li>- Liquor (com resultado de celularidade e proteína);</li> <li>- Receita em duas vias;</li> <li>-LME;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<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><b>G61.0</b></p> <p>Neurologista          (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS</b>  <b>(SPI)</b>  <b>(Critérios de uso – Estadual)</b></p> <p><b>Pramipexol 0,25mg</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI;</li> <li>-Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio;</li> <li>- Dosagem de ferritina sérica;</li> <li>- Uréia e creatinina;</li> <li>- Paciente maior que 18 anos.</li> </ul> <p><b>* Validez 90 dias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uréia e Creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano. Após, semestralmente.</p>	<p><b>G25.8</b></p> <p>Neurologista          (Preferencialmente)</p> <p>Exige médico neurologista</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></p>
<p><b>SÍNDROME DE TURNER</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Somatropina 4 UI e 12 UI pó p/ solução injetável F/A</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinação de Cariótipo em sangue periférico;</li> <li>- 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;</li> <li>- Se possível anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas antropométricas acompanhadas pelas curvas de altura de Lyon específicas para síndrome de Turner.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicemia de jejum, TSH, Laudo de raio X de mãos e punhos com determinação de idade óssea.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IGF-1 (Fator de crescimento insulina símilde).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual ou quando houver ajuste de dose.</p>	<p><b>Q96.0/ Q96.1/ Q96.2/</b>  <b>Q96.3/ Q96.4</b>  <b>Q96.8</b></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><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

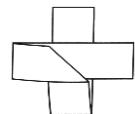
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciproterona 50 mg comp.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>* Validade 90 dias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ultrassonografia pélvica;</li> <li>- Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) <b>ou</b> evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona);</li> <li>- Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica;</li> <li>- Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona;</li> <li>- Prolactina sérica;</li> <li>- Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito);</li> <li>- Sulfato de deidroepiandrosterona;</li> <li>- TSH;</li> <li>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica);</li> <li>- TGO, TGP e bilirrubinas;</li> <li>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TG, TGP e bilirrubinas.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de testosterona.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).</p>	<p><b>E28.0</b>  <b>E28.2</b>  <b>L68.0</b></p> <p>Ginecologia  Endocrinologia  (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia.</p> <p><a href="#">PCDT</a></p>
<p><b>SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Alfaepoetina 10.000UI F/A</b></p> <p><b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b></p> <p><b>Talidomida 100 mg comp</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p> <p><b>*Atualizado em 08/12/2022</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médio informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; <b>ou</b></li> <li>* 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.</li> </ul> </li> <li>- Hemograma completo (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Filgrastim, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso.</li> </ul> <p><b>Para Talidomida, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso.</li> </ul>	<p><b>Para Alfaepoetina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral.</p> <p><b>Para Filgrastim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral.</p> <p><b>Para Talidomida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, fosfatase alcalina e AST/TGO e ALT/TGP</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil</li> </ul>	<p><b>D46.0</b>  <b>D46.1</b>  <b>D46.4</b>  <b>D46.7</b></p> <p>Hematologista  (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

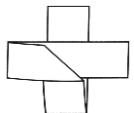
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</li> <li>- Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Notificação de receita de talidomida;</li> <li>* Termo de Responsabilidade/Esclarecimento específico para o usuário da Talidomida</li> </ul> </li> </ul>	<b>Periodicidade:</b> Mensal	
<b>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS)</b>  <b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal);</li> <li>- proteinuria 24 h ou índice proteína/creatinina(IPC) em amostra de urina;</li> <li>- EAS;</li> <li>- albumina sérica;</li> <li>- colesterol total, HDL e triglicerídeos;</li> <li>- creatinina sérica ou clearance de creatinina;</li> <li>- hemograma completo e contagem de plaquetas;</li> <li>- glicose;</li> <li>-TGO,TGP;</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><b>* Validez 3 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG <b>atual</b> em mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) (para ciclofosfamida);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/creatinina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> A cada 3 meses.</p> <p><b>Para Ciclofosfamida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, TGO, TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<b>N04.0/ N04.1/ N04.2</b> <b>N04.3/ N04.4/ N04.5</b> <b>N04.6/ N04.7/ N04.8</b> <b>N04.9</b>  Nefrologista (Exclusivamente)  Deverem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados.  <a href="#">PCDT</a>
<b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <a href="#">Documentação para abertura</a>			
<b>*Atualizado em 29/12/2025</b>			
<b>SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Protocolo MS)</b>  <b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> </ul> <p><b>Cópia dos exames (validade 3 meses):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteinúria ou índice de proteinúria/creatininúria</li> <li>- Albumina sérica</li> <li>- Hemograma, Creatinina, Colesterol total e triglicerídeos</li> <li>- EQU(EAS)</li> <li>- Sorológicos para rastreio de doenças infecciosas: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, fator antinuclear (FAN) e IgG e IgM anti-toxoplasmose</li> </ul> <p><b>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biópsia renal em crianças menores de 1 ano de idade ou idade acima de 8 anos ou pacientes com resistência a corticosteroides ou hematuria macroscópica ou hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído (<b>sem validade</b>);</li> </ul> <p><b>Para tacrolimo, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando a ocorrência de hipertricose ou hiperplasia gengival</li> </ul>	<p><b>Pra todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Albumina sérica;</li> <li>- Colesterol total e triglicerídeos;</li> <li>- Hemograma;</li> <li>- Glicose;</li> <li>- EQU(EAS);</li> <li>- Creatinina sérica;</li> <li>- Índice proteinúria/creatininúria.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de ciclosporina</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral no primeiro semestre, após semestral.</p> <p>A solicitação de outros exames deve ser individualizada</p>	<b>N04.0/ N04.1/ N04.2</b> <b>N04.3/ N04.4/ N04.5</b> <b>N04.6/ N04.7/ N04.8</b>  Nefrologista (Preferencialmente)  É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia.  <a href="#">PCDT</a>
<b>*Atualizado em 29/12/2025</b>			

**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 26/01/2026

**SUS**

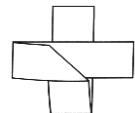
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



	associado ao uso da ciclosporina <b>(validade 90 dias)</b>		
<b>SOBRECARGA DE FERRO</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Desferroxamina 500 mg F/A</b>  <b>Deferiprona 500 mg comp.</b>  <b>Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.</b>  <a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b>  - Ferritina sérica e Saturação de Transferrina <b>(validade 3 meses).</b></p> <p><b>Para Deferiprona:</b>  - Hemograma <b>(validade 1 mês).</b></p> <p><b>Para Deferasirox:</b>  - TGO, TGP, creatinina <b>(validade 3 meses).</b></p> <p><b>Para Desferroxamina:</b>  - Acuidade visual e auditiva</p>	<p><b>Para Desferroxamina e Deferiprona:</b>  - Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Deferiprona:</b>  - Hemograma.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Deferasirox:</b>  - Creatinina;  - TGO, TGP.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Desferroxamina:</b>  - Acuidade visual e auditiva.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<b>T45.4</b> <b>E83.1</b>  Hematologista (Preferencialmente)  <a href="#"><u>PCDT</u></a>
<b>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Clozapina 25mg e 100mg comp.</b>  <b>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</b>  <b>Olanzapina 5mg e 10 mg comp.</b>  <b>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.</b>  <b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b>  <a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a>	<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 – <b>(validade 90 dias).</b></p> <p><b>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</b>  - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídos, glicemia de jejum <b>(validade 3 meses).</b></p> <p><b>Para Lamotrigina:</b>  - Hemograma, TGO e TGP</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b>  - Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC</p> <p><b>Periodicidade:</b> 3,6 e 12 meses, após anual.</p> <p><b>Para Lamotrigina:</b>  - Hemograma, TGO e TGP</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual</p> <p><b>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</b>  - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <p><b>Para Clozapina:</b>  - hemograma</p> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p>- Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídos e prolactina</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após anual.</p> <p>- Prolactina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual</p>	<b>F31.1</b> <b>F31.2</b> <b>F31.3</b> <b>F31.4</b> <b>F31.5</b> <b>F31.6</b> <b>F31.7</b>  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 26/01/2026

**SUS**

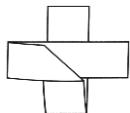
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



			<a href="#">PCDT</a>
<p><b>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Metilfenidato 10mg comp lib imediata*</b></p> <p><b>Metilfenidato cáp lib prolongada de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg*</b></p> <p><b>Metilfenidato comp lib prolongada 18mg, 36mg e 54mg*</b></p> <p>Verificar apresentações disponíveis conforme <a href="#">Nota Técnica</a></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando o tratamento não farmacológico prescrito ao paciente (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- Dosagem de TSH e T4 livre recente (<b>validade 6 meses</b>);</li> <li>- <a href="#">Formulário para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade preenchido</a> (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Metilfenidato de liberação prolongada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cópia dos exame de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4 livre.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> anual</p>	<p><b>F90.0</b>  <b>F90.1</b>  <b>F90.8</b>  <b>F90.9</b></p> <p>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos):</p> <p>Pediatra  Psiquiatra  Neurologista (Exclusivamente)</p> <p>Para adultos (Acima de 19 anos): Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></p>
<p><b>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Clozapina 25 e 100mg comp.</b></p> <p><b>Olanzapina 5 e 10mg comp.</b></p> <p><b>Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.</b></p> <p><b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b></p> <p><b>Ziprasidona 40mg e 80mg comp.</b></p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Clozapina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Clozapina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p>	<p><b>F25.0</b>  <b>F25.1</b>  <b>F25.2</b></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><a href="#">PCDT</a></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 26/01/2026

**SUS**

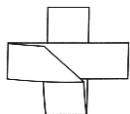
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</b></p> <p><b>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</b></p> <p><a href="#"><u>Documentação para abertura</u></a></p> <p>* Atualizado em 13/09/22</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);</li><li>• Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;</li><li>• Hemograma completo;</li><li>• Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</li></ul> <p><b>Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética);</li><li>• Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT;</li></ul></li><li>- Síndrome Antifosfolípido (SAF):<ul style="list-style-type: none"><li>• Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); <b>ou</b> histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; <b>ou</b> histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; <b>ou</b> histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-oclampia grave, eclampia ou insuficiência placentária; <b>e</b></li><li>• Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico <b>ou</b> anticardiolipin IgG e IgM <b>ou</b> Antibeta-2-glicoproteína IgG e IgM.</li></ul></li><li>- Trombofilia hereditária de alto risco:<ul style="list-style-type: none"><li>• Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; <b>ou</b> mutação homozigótica para o gene da protrombina; <b>ou</b> deficiência da antitrombina III;<b>ou</b> Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.</li></ul></li><li>- Trombofilia hereditária de baixo risco:<ul style="list-style-type: none"><li>• Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; <b>ou</b> mutação heterozigótica para o gene da protrombina; <b>ou</b> Deficiência da proteína C ou da proteína S; <b>ou</b> presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> 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><a href="#"><u>PCDT</u></a></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 26/01/2026

**SUS**

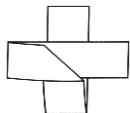
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL DURANTE A GRAVIDEZ (Critério Estadual)</b></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><a href="#">Enoxaparina</a></p> <p><b>*Atualizado em 06/11/2023</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);</li><li>- Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;</li><li>- Hemograma completo;</li><li>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</li><li>- Relato médico especificando a condição clínica da paciente para a anticoagulação:</li></ul> <p>Documentos necessários conforme a indicação clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Para mulheres com de TVP ou TEP durante a gravidez:<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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).</li></ul></li><li>- Para mulheres com prótese mecânica valvular cardíaca:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Exame comprobatório da válvula mecânica (Ecocardiograma ou Laudo do procedimento cardíaco) (sem validade)</li></ul></li><li>- Para condições mórbidas cardíacas como fibrilação atrial crônica e disfunção ventricular grave: Exame comprobatório da condição mórbida (Eletrocardiograma ou Holter ou ecocardiograma) (sem validade)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: trimestral</li><li>- <b>Período de fornecimento:</b> Durante a gravidez e até seis semanas pós-parto</li></ul>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></p>
<p><b>PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)</b></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><b>*Atualizado em 06/11/2023</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico informando a condição clínica do paciente (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- 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) (<b>validade 6 meses</b>).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Período de fornecimento:</b> máximo de 10 dias.</li></ul>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual</a></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 26/01/2026

**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

[Protocolo Estadual](#)

**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**);

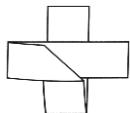
- Período de fornecimento:  
o Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias  
o Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas.  
o Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas.

Não há restrição por CID-10

[Protocolo Estadual](#)

**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 26/01/2026

**SUS**

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



**UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS**  
**(Protocolo MS)**

**Adalimumabe 40mg injetável – seringa**  
 (Acima de 18 anos)

**Azatioprina 50 mg comp.**

**Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps**

**Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral**  
 (frasco de 50 ml)

[Documentação para abertura](#)

\*Atualizado em 29/12/2025

**Para Todos:**

- 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**).

**Para Ciclosporina, acrescentar:**

- Creatinina e ureia (**validade 3 meses**).

**Para Adalimumabe, acrescentar:**

- 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.

**Para todos:**

- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP

**Periodicidade:** Trimestral

**Para Ciclosporina:**

- Creatinina, ureia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL.

**Periodicidade:** Trimestral.

**H15.0**

**H20.1**

**H30.1**

**H30.2**

**H30.8**

Oftalmologista  
 (Preferencialmente)

Recomenda-se que o  
 tratamento da uveíte seja  
 realizado em serviços  
 especializados.

[PCDT](#)

**VASCULITE ASSOCIADA AOS**  
**ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE**  
**NEUTRÓFILOS**  
**(PROTÓCOLO MS)**

**Rituximabe 500mg F/A – injet.**  
 (acima de 18 anos)

[Documentação para abertura](#)

- Relato médico detalhado contendo:
  - 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

**- Exames:**

- 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

Este Protocolo não contempla o tratamento de manutenção. Todavia, nos casos em que houver recidiva da doença, deverá ser apresentado:

- Relato médico descrevendo a gravidade das manifestações clínicas e refratariedade à ciclofosfamida.

**Periodicidade:** antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.

- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT

**Periodicidade:** antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.

- EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina

**Periodicidade:** antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.

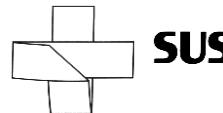
**M31.3**

**M31.7**

[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 26/01/2026



**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><b>TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.3 Z94.2
<p><b>TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS</b></p> <p><b>Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg (por comprimido)</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b></p> <p><b>Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)</b></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	Z94.8
<p><b>OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS</b></p> <p><b>Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco)</b></p> <p><b>Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)</b></p>	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	<p><b>D81.0</b> Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular</p> <p><b>D81.1</b> Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B</p> <p><b>D81.2</b> Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B</p> <p><b>D81.3</b> Deficiência de adenosinadeaminase [ADA]</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 26/01/2026



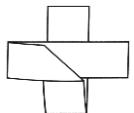
- D81.4** Síndrome de nezelof  
**D81.5** Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp]  
**D81.6** Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade  
**D81.7** Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade  
**D81.8** Outras deficiências imunitárias combinadas  
**D82.0** Síndrome de Wiskott-Aldrich  
**D82.1** Síndrome de di George

**DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS:**

SITUAÇÃO CLÍNICA Fórmulas Nutricionais	ABERTURA PROCESSO (1 <sup>a</sup> vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Profissional Especialista
---	---	--	--

**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 26/01/2026

**SUS**

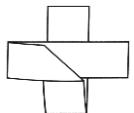
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</b></p> <p><b>F2</b> – 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><b>F3</b> – 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"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>.</li><li>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> para uso de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO B</a>.</li><li>- Para maiores 6 meses - <b>Plano alimentar<sup>4</sup></b> - Trimestral</li><li>- <b>Curvas</b> de crescimento com no mínimo 2 registros - Trimestral</li><li>- Para crianças menores de 6 meses – <b>Formulário de informações sobre a amamentação</b> emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA<sup>2</sup>.</li><li>- <b>Formulário de abertura</b> de processos de fórmulas infantis – <a href="#">ANEXO C</a>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>. Trimestral</li><li>- Para maiores 6 meses - <b>Plano alimentar<sup>4</sup></b> - Trimestral</li><li>- <b>Curvas</b> de crescimento com no mínimo 2 registros - Trimestral</li></ul>	<p><b>L50.0</b> <b>L58.8</b> <b>T78.1</b> <b>H13.2</b> <b>J20</b> <b>T78.0</b> <b>K23.8</b> <b>K52.2</b> <b>L27.2</b> <b>K52.2</b> <b>R63.8</b></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><b>Médico:</b> Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, 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 26/01/2026

**SUS**

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



<p><b>Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral</b></p> <p><b>P1</b> – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten.</p> <p><b>P7</b> – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p> <p><b>P8</b> – 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"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>. – Trimestral</li><li>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> para uso de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO B</a>.</li><li>- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral</li><li>- <b>Laudo Médico</b> com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base<sup>3</sup> - Semestral</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>. – Trimestral</li><li>- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral</li><li>- <b>Laudo Médico</b> com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base<sup>3</sup> - Semestral</li></ul>	<p>Z93.1 Z93.2 Z93.4</p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista</p> <p><b>Médico:</b> Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatria, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>
<p><b>Fórmulas para Nutrição Enteral</b></p> <p><b>A1</b> – 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><b>A2</b> – 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"><li>- <b>Laudo Médico</b> CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base<sup>3</sup> .</li><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>.</li><li>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> para uso de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO B</a>.</li><li>- <b>Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento</b> (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Laudo Médico</b> CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base<sup>3</sup> . – Semestral</li><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A<sup>1</sup></a>. – Trimestral</li><li>- <b>Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento</b> (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). – Trimestral</li></ul>	<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 26/01/2026