SUS

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

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

SITUAÇÃO CLÍNICA **Medicamentos**	**ABERTURA PROCESSO** **(1ª vez)**	**MONITORIZAÇÃO** **(Renovação de Exames)**	**CID-10** **Médico** **Especialista**
ACNE GRAVE **(Protocolo MS)** **Isotretinoína 10mg cáps.** (Indisponível – Nota técnica) **Isotretinoína 20mg cáps.** Documentação para abertura	- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original (LME) - Colesterol Total e frações, Triglicerídeos e ALT/TGP e AST/TGO **(validade 90 dias)**; - Beta HCG **(validade 30 dias)** ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. - Informar em laudo médico ou no LME o tempo de tratamento e medicamentos utilizados anteriormente.	- Colesterol Total e frações, Triglicerídeos, ALT/TGP e AST/TGO. **Periodicidade:** aos 30 dias e, após, trimestral. - BHCG para mulheres em idade fértil. **Periodicidade:** Mensal.	**L70.0** **L70.1** **L70.8** Dermatologista (Preferencialmente) PCDT
ACROMEGALIA **(Protocolo MS)** **Cabergolina 0,5mg comp.** **Lanreotida 60mg, 90mg e 120mg seringa preenchida** **Octreotida 0,1mg/ml ampola** **Ocetrotida 10mg, 20mg e 30mg pó para suspensão F/A** **Pasireotida 10 mg, 20 mg, 40 mg e 60 mg susp. Inj.** **(Indisponível:** itens ainda não disponibilizado pelo Ministério da Saúde**)** Documentação para abertura	- Relato médico contendo informações sobre a clínica do paciente e se há contraindicação ou refratariedade ao tratamento cirúrgico (**validade 3 meses)**; - Dosagem de GH e IGF-1 basal e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético) (**validade 6 meses);** - Ressonância magnética de sela túrcica, preferencialmente, ou tomografia computadorizada de sela túrcica (**Validade 24 meses**); - Glicose de jejum, hemoglobina glicada, cortisol, TSH, T4 livre, prolactina, LH, FSH, testosterona total (para homens) (**Validade 3 meses**).	**Para cabergolina, lanreotida e octreotida:** - Dosagem de GH e IGF-1 basais e teste de supressão de GH após sobrecarga de glicose (dispensado se o paciente for diabético). **Periodicidade:** Trimestral até um ano de tratamento após controle da doença, e após, anualmente. **Para Pasireotida:** - Glicose jejum e hemoglobina glicada. **Periodicidade:** trimestral.	**E22.0** Endocrinologista (Exclusivamente) 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 15/10/2026

AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA (Protocolo MS) **Tafamidis 20mg cáps** (acima de 18 anos) **Tafamidis 61 mg cáps** (acima 60 anos) Documentação para abertura	**Para todos:** - Laudo de exame genético do gene *TTR* **ou,** se possível, biópsia do órgão afetado (**sem validade**); - Exames laboratoriais: Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria) (**validade 90 dias**); - Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). (**Validade 1 ano**) - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**). **Para Tafamidis 20mg, acrescentar:** **-** Relato médico, informando (**validade 90 dias**): o Sintomatologia apresentada; o Estágio de gravidade da doença segundo a classificação proposta por Coutinho* recomendada pelo PCDT-MS; o Se paciente foi submetido a transplante hepático; **Para Tafamidis 61mg, acrescentar:** **-** Relato médico, informando (**validade 90 dias**): o Sintomatologia apresentada; o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; **Obs.:** Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.	- Relato médico contendo a evolução clínica e adesão ao acompanhamento/tratamento; **Periodicidade**: semestral. - Exame neurológico clínico com inclusão escalas como Polyneuropathy Disability Score (PND) e avaliação sensitivo-motora pelo Neuropathy Impairmet Score (NIS). **Periodicidade**: semestral. - Exames laboratoriais: ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); **Periodicidade:** Semestral - Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). **Periodicidade**: anual.	**E85.1** (somente para Tafamidis 20mg cáps) **E85.0 e E85.8** (somente para Tafamidis 61mg cáps) Neurologista Cardiologista (preferencialmente) Devem ser atendidos preferencialmente em serviços especializados ou de referência em doenças raras. PCDT
ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - ALFAEPOETINA (Protocolo MS) **Alfaepoetina/Eritropoetina Recombinante Humana 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI, 10.000 UI** Documentação para abertura	- Hemoglobina **(validade 30 dias)**; - Hemograma **(validade 90 dias);** - Índice de Saturação de Transferrina (**validade 90 dias);** - Ferritina Sérica (**validade 90 dias**); - Creatinina sérica **(validade 90 dias);** - Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte **(validade 90 dias).**	- Hemoglobina e Hematócrito. **Periodicidade**: Mensal. - Ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e hemograma completo. **Periodicidade:** Trimestral. - Creatinina sérica. **Periodicidade:** Anual.	**N18.0** **N18.8** Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal). PCDT

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

ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS) **Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.** Documentação para abertura	- Hemograma Completo, Hematocrito e hemoglobina (**validade 30 dias**); - Índice de Saturação de Transferrina **(validade 90 dias);** - Ferritina sérica (**validade 90 dias**); - Creatinina Sérica **(validade 90 dias);** - Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente **(validade 90 dias).**	- Hemoglobina e hematócrito. **Periodicidade:** Mensal. - Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo. **Periodicidade:** Trimestral.	**N18.0** **N18.8** Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia. PCDT
ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS) **Ciclofosfamida 50mg drágea** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosposrina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50mL)** **Imunoglobulina humana 2,5g e 5g injetável.** Documentação para abertura	**Para todos:** - Relato médico em LME quanto aos sintomas sugestivos de AHAI **(validade 3 meses)** - Hemograma completo; **(validade 3 meses)** - Exames para comprovação de hemólise: Contagem de reticulócitos ou Dosagem de Desidrogenase láctica (DHL) ou de haptoglobina ou de Bilirrubina (total e frações); **(validade 3 meses)** - Teste de Coombs; **(validade 3 meses)** - Exame(s) de detecção de autoanticorpos que comprovem o subtipo da anemia hemolítica autoimune: IgG e/ou C3d na superfície das hemácias; ou IgA com resultados negativos para IgG e C3d; ou pesquisa de crioaglutininas; **(validade 3 meses)**. **Para ciclofosfamida, acrescentar:** - ALT/TGP, AST/TGO, GGT e bilirrubinas **(validade 3 meses)** **Para Ciclosporina, acrescentar:** - Creatinina. **(validade 3 meses)**	- Hemograma completo. **Periodicidade:** mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral, ou a cada alteração de dose. Para **Ciclofosfamida:** - ALT/TGP, AST/TGO, GGT e bilirrubinas. **Periodicidade:** mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral. **Para Ciclosporina:** - Creatinina. **Periodicidade:** mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral. - Dosagem sérica do fármaco. **Periodicidade:** semestral. Para **Imunoglobulina**: - Creatinina. **Periodicidade:** mensal nos primeiros 6 meses, após trimestral.	**D59.0** **D59.1** 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 15/10/2026

ANGIOEDEMA **(Protocolo Estadual)** **Ácido tranexâmico 250mg comp.** **Icatibanto 10mg/mL seringa preenchida** Documentação para abertura	**Todos:** - Dosagem de complemento C4 (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade).		**D84.1** Alergista e Imunologista (Preferencialmente). Ac. Tranexâmico – Protocolo Estadual Icatibanto – Protocolo Estadual
ANGIOEDEMA **(Protocolo MS)** Danazol 100mg cáps Documentação para abertura	- Dosagem de complemento C4 (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH quantitativo (sem validade); - Dosagem da fração C1-INH funcional (sem validade). - 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)	- Hematócrito e hemoglobina, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina; - Colesterol total e frações, triglicerídeos; - Exame qualitativo de urina. **Periodicidade: Semestral** - Ultrassonografia abdominal. **Periodicidade: Anual.**	**D84.1** Angioedema (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 15/10/2026

ARTRITE PSORÍACA **(Protocolo MS)** **Adalimumabe 40mg seringa** **Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.** **Ciclosporina 100mg/ml solução oral (frasco 50 mL)** **Etanercepte 25mg e 50mg seringa** **Golimumabe 50mg injetável** **Infliximabe 100mg F/A** **Ixequizumabe 80 mg injetável** (Indisponível: item ainda não disponibilizado pelo Ministério da Saúde) **Leflunomida 20mg comp.** **Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comp.** **Naproxeno 500mg comp.** **Secuquinumabe 150 mg/mL injetável** **Sulfassalazina 500mg comp.** **Tofacitinibe 5mg comp** Documentação para abertura	**Para Todos:** **Exigido uma única vez na abertura de processo,** não necessário para substituição de medicamentos: o Relato médico detalhado informando as manifestações clínicas do paciente conforme critérios de classificação da artrite psoriásica (CASPAR) (**validade 3 meses**); o Laudo de imagem (Raios-X ou Ultrassom ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (**sem validade**); - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: o Relato médico informando: • os medicamentos previamente utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização; • valor do índice da atividade da doença segundo o componente predominante (DAPSA ou ASDAS ou LEI ou PASI) (**validade 3 meses**); o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, Proteína C Reativa (PCR), Velocidade de hemossedimentação (VHS) (**validade 3 meses**). **Para Metotrexato e Leflunomida, acrescentar:** - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tofacitinibe e Secuquinumabe, acrescentar:** - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: 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**).	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico detalhando a evolução clínica contendo o índice da atividade da doença - MDA ou DAPSA ou LEI ou ASDAS ou PASI. **Periodicidade:** Semestral. - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.	**M07.0** **M07.2** **M07.3** 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. 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 15/10/2026

ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS) **Sulfassalazina 500mg comp.** Documentação para abertura	- 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 (Protocolo MS) **Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (acima de 18 anos)** (Indisponível - Nota Técnica) **Adalimumabe 40mg injetável – seringa** **Azatioprina 50mg comp.** **Baricitinibe 2mg e 4mg comp.** **Certolizumabe pegol 200mg/ml – injet.** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.** **Ciclosporina sol. Oral 100mg/ml** (frasco 50 mL) **Etanercepte 25mg e 50mg injet.** **Golimumabe 50mg – injet.** **Infliximabe 100mg – injet.** **Hidroxicloroquina 400mg comp.** **Leflunomida 20mg comp.** **Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injet.** **Naproxeno 500mg comp.**	**Para Todos:** - Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: o Laudo de imagem (Raios-X ou Ultrassom ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) **(sem validade)**; o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (**sem validade)**. - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: o Relato médico informando os medicamentos utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização. o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 **OU** SDAI **OU** CDAI (**validade 3 meses).** o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS, creatinina (**validade 3 meses**). **Para Hidroxicloroquina, acrescentar:** **-** Avaliação oftalmológica (**validade 1 ano**). **Para Metotrexato e Leflunomida, acrescentar:** - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe, acrescentar:**	**Para todos os medicamentos:** - Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): **DAS 28 OU SDAI OU CDAI.** **Periodicidade:** Semestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP e creatinina. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. Para **Hidroxicloroquina, acrescentar:** **-** Avaliação oftalmológica. **Periodicidade:** anual.	**M05.0** **M05.1** **M05.2** **M05.3** **M05.8** **M06.0** **M06.8** **Reumatologista** (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 15/10/2026

Rituximabe 500mg F/A injet. **Sulfassalazina 500mg comp.** **Tocilizumabe 20mg/ml injet.** **Tofacitinibe 5mg - comp.** **Upadacitinibe 15mg - comp.** Documentação para abertura	- 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**).		

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

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL **(Protocolo MS)** **Abatacepte 250mg injetável – F/A Intravenoso** **Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps.** **Ciclosporina sol. Oral 100mg/ml** (frasco 50 mL) **Etanercepte 25mg e 50mg injet.** **Infliximabe 100mg injetável** **Leflunomida 20mg comp.** **Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável** **Naproxeno 500mg comp.** **Sulfassalazina 500mg comp.** **Tocilizumabe 20mg/ml** Documentação para abertura	**Para Todos:** - Relato médico detalhado informando: o as manifestações clínicas do paciente; o classificação do subtipo de Artrite Idiopática Juvenil e exames de comprovação de órgãos e sistemas envolvidos; o os medicamentos previamente utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização. - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS, creatinina (**validade 3 meses**). **Para metotrexato e leflunomida, acrescentar:** - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe, Tocilizumabe, acrescentar:** **- 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**). Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico informando a evolução clínica do paciente. Periodicidade: Semestral. - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. Periodicidade: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral.	**M08.0** **M08.1** **M08.2** **M08.3** **M08.4** **M08.8** **M08.9** **Reumatologista** (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 15/10/2026

ASMA GRAVE **(Protocolo MS)** **Budesonida 200mcg e 400mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal** **Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante** . **Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante** **Mepolizumabe 100mg injetável** **(acima 12 anos)** **Omalizumabe 75mg e 150mg e seringa preenchida** **(acima de 6 anos)** **Recém incorporados, ainda não disponíveis:** **- Mepolizumabe 40mg injetável** **(entre 6 a 11 anos)** **- Benralizumabe 30mg injetável** **(acima 18 anos)** **- Dupilumabe 200mg e 300mg seringa preenchida** **(acima de 6 anos)** **Documentação para abertura**	**Para todos:** - Formulário de inclusão Asma - Espirometria para pacientes acima de 6 anos (validade 180 dias). ***ATENÇÃO:** Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação. **Para Benralizumabe e 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 Dupilumabe e 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:** A cada dois anos. Exceto para pacientes em uso de imunobiológico, que deve ser anual **Para imunobiológicos (Benralizumabe, Dupilumabe, Mepolizumabe e Omalizumabe), acrescentar:** - 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 apenas para Imunobiológicos) PCDT
ASMA **(Protocolo Estadual)** **Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol** **Montelucaste 4mg comp.** **Montelucaste 4mg sachê** (Indisponível - Nota técnica) Documentação para abertura	- 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) 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 15/10/2026

Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos I e II (Protocolo MS) **Nusinersena 2,4 mg/mL - injetável** **Risdiplam 0,75 mg/mL – pó para solução oral** Documentação para abertura ***atualizado em 18/07/2023**	- Para abertura de processo: o Resultado laboratorial genético confirmando AME 5q (qPCR ou MLPA ou NGS) e presença de até três cópias de SMN2 (sem validade); o Laudo médico informando a evolução clínica, as condições de nutrição e hidratação atuais do paciente e se paciente for: ▪ pré-sintomático: informar histórico familiar de AME; ▪ sintomáticos: informar a data de início dos sintomas (validade 90 dias); o Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada (validade 30 dias); o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS) - Para substituição de medicamentos, necessário apenas: o Relatório médico descrevendo os motivos para substituição do medicamento, conforme os critérios do PCDT-MS (validade 90 dias) o Questionário de avaliação clínica de pacientes com ame 5q tipos I e II (validade 90 dias) (apêndice 1 do PCDT-MS)	- Questionário de avaliação clínica de pacientes com AME 5q tipos I e II. Peridodicidade: trimestral. - Cartão de vacinação ou declaração de vacinação atualizada; Peridodicidade: trimestral.	**G12.0** **G12.1** **Equipe médica do Centro de Referência Estadual – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)** PCDT
COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (Protocolo MS) **Àcido Ursodesoxicólico 50 mg, 150mg e 300mg comp.** Documentação para abertura *Atualizado em 13/11/19	- Laudo médico descrevendo o quadro clínico do paciente em LME; - AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica **(validade 3 meses)** - Exames que documentem dois dos critérios abaixo: - Duas dosagens séricas com valores acima do referência de fosfatase alcalina (FA) e/ou gama GT com intervalo mínimo de 6 meses (**sem validade**); - Presença de Anticorpos antimitocondriais (AAM) ou Anticorpo Antinúcleo (AAN) (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa) **(sem validade)**; - Biópsia Hepática de colangite destrutiva não-supurativa **(sem validade).**	- AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, albumina sérica; **Periodicidade**: semestral no primeiro ano, após anual.	**K74.3** Gastroenterologista Nutrólogo Proctologista (Preferencialmente) Devem ser atendidos em serviços especializados, preferentemente em centros de referência em hepatologia. 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 15/10/2026

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO **(Protocolo MS)** **Risperidona 1mg e 2mg comp.** **Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral** Documentação para abertura	- Ter idade maior ou igual a 5 anos; - Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC; - Dosagens de colesterol total e frações; -Triglicerídeos; -Glicemia de jejum. **(Validade 90 dias).**	- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. **Periodicidade:** em 3, 6 e 12 meses. - Dosagens de colesterol total e frações; - Triglicerídeos; - Glicemia de jejum; - Hemograma completo; - Prolactina. **Periodicidade:** em 3 e 12 meses. Após, anualmente.	**F84.0 / F84.1** **F84.3 / F84.5** **F84.8** Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo). PCDT
DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE **(Protocolo MS)** Biotina 2,5 mg caps. Documentação para abertura	- Teste laboratorial por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase.**(sem validade);** **ou** - Teste colorimétrico qualitativo em cartão de papel-filtro da atividade de biotinidase (resultado da triagem neonatal) **(sem validade).**	**-** Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. **Periodicidade:** Semestral	**E88.9** PCDT
DERMATITE ATÓPICA **(Protocolo MS)** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100 mg/ml sol. Oral** **(frasco de 50 mL)** **Metotrexato 2,5 mg comprimido** **Metotrexato 25 mg/mL solução injetável** **Recém incorporados, ainda não disponíveis:** **Furoato de mometasona 1 mg/g creme ou pomada** (acima de 2 anos) **- Dupilumabe 200 e 300 mg sol. inj** (6 meses a < 12 anos) **- Tacrolimo 0,3 mg/g e 1 mg/g pomada** (acima de 2 anos)	- Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica - Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, ureia (**validade 90 dias**). **Para Ciclosporina, acrescentar:** - Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina (**validade 3 meses**). **Para Metotexato, acrescentar:** - Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina (**validade 3 meses**); - Beta HCG (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Dupilumabe e Upadacitinibe, acrescentar:** - 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)**;	- 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. **Periodicidade:** semestral. **Para Ciclosporina e Metotrexato:** - Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina. **Periodicidade:** aos 30 dias e após trimestral. **Para Upadacitibibe**: - Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK). **Periodicidade**: aos 30 dias e após trimestral.	**L20.0** **L20.8** Alergologista Dermatologista (Exclusivamente somente para Dupilumabe ou Upadacitinibe) 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 15/10/2026

- **Upadacitinibe 15 mg comp** (12 anos a <18 anos) Documentação para abertura	**Upadacitinibe, acrescentar:** - Hemograma completo, creatinina, ureia, AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatina fosfoquinase (CPK) (**validade 3 meses**). - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV **(validade 1 ano)**.		
DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - HIPOPITUITARISMO (Protocolo MS) **Somatropina 4UI e 12UI F/A** Documentação para abertura	**Para crianças e adolescentes:** - Idade cronológica maior que 02 anos; - Idade, peso e altura atuais; - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas; - Estadiamento puberal de Tanner; - Altura dos pais biológicos; - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver (**validade 90 dias**); - Laudo de radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea; - IGF-1, glicemia, TSH (e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo) e as reposições hormonais realizadas (v**alidade 180 dias)**; - Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia (**validade 24 meses**); - Dois (2) testes para GH com datas e estímulos diferentes (com insulina, clonidina, levodopa ou glucagon). Validade do teste estímulo: 24 meses. Formulário Teste Provocativo Somatropina - 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.	**Para crianças e adolescentes:** - Peso e estatura. **Periodicidade:** Semestral. - Laudo de Radiografia de mãos e punhos (com idade óssea), glicemia em jejum, TSH e T4 livre. **Periodicidade:** Anual. - Dosagem de IGF-1 (Fator de Crescimento de Insulina Símile) **Periodicidade:** Anual ou se houver mudança de dose. **Para adultos:** - Dosagem de IGF-1. **Periodicidade:** Anual ou quando houver ajuste de dose. - Densitometria óssea, perfil lipídico, glicemia, TSH e T4 livre. **Periodicidade**: Anual. - Laudo médico declarando ausência de características acromegálicas e miocardiopatia hipertrófica. **Periodicidade:** Anual.	**E23.0** Endocrinologista (Exclusivamente) **Devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou endocrinologistas pediátricos.** PCDT

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

	Para adultos: - Descrição clínica em laudo médico ou no próprio LME, da deficiência de GH/hipopituitarismo e tratamentos prévios para tal agravo, se houver; - IGF-1, glicemia, TSH e demais exames do eixo hipofisário no caso de panhipopituitarismo, e as reposições hormonais realizadas **(validade 180 dias**); - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (validade 90 dias); - Exame de imagem (Ressonância Magnética de hipófise, preferencialmente, ou Tomografia) – (**validade 24 meses**); - Um (1) teste de estímulo para GH (com insulina, GHRH-arginina ou glucagon); - Densitometria óssea **(validade 12 meses**).		
DIABETES INSÍPIDO (Protocolo MS) **Desmopressina 0,1mg e 0,2 mg comp** (Indisponível – ofício circular nº 39/2022/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS) **Desmopressina 0,1mg/ml spray nasal** Documentação para abertura	- Relato médico informando diagnóstico de Diabetes Insípido central - Dosagem de volume urinário em 24 hs **(validade 3 meses)** - Relatório de alta hospitalar ou exames que documentem a resposta à administração de desmopressina: • Osmolalidade plasmática; • Sódio plasmático; • Osmolalidade urinária. **(Validade 3 meses)**	- Relato médico informando a evolução clínica do paciente quanto ao controle da noctúria e do volume urinário ao longo do dia **Periodicidade**: semestral. - Dosagem de volume urinário em 24 hs e sódio plasmático. **Periodicidade**: semestral até estabilização, após anual.	**E23.2** Endocrinologista Nefrologista (Exclusivamente) PCDT
DIABETE MELITO TIPO 2 **(Protocolo Estadual)** **Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3 mL)** (paciente acima de 2 anos) Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- Glicemia capilar de jejum **(validade 3 meses)**; - Hemoglobina glicada **(validade 3 meses)**; - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias **(validade 6 meses)**. - Formulário para solicitação de insulina glargina 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condições clínica	- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; **Periodicidade:** trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias. **Periodicidade:** trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.	**E10 / E11** **E10.1 / E11.2** **E10.2 / E11.3** **E10.3 / E11.4** **E10.4 / E11.5** **E10.5 / E11.6** **E10.6 / E11.7** **E10.7 / E11.8** **E10.8 / E11.9** **E10.9** Endocrinologista (Preferencialmente) 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.

DIABETE MELITO TIPO I **(Protocolo MS)** **INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA:** Lispro 100 UI/ML (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos) Asparte 100 UI/ML (caneta de 3ML) (paciente entre 1 de 3 anos) **INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA:** Insulina Glargina 100 UI/mL (Tubete de 3mL) + Caneta Reutilizável (Paciente acima de 2 anos) Insulina Degludeca 100UI/mL (Caneta de 3 mL) (Pacientes entre 1 e 2 anos) Documentação para abertura	- Glicemia de jejum (**validade 3 meses);** - Hemoglobina glicada **(validade 3 meses);** - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias **(validade 3 meses).** - Formulário para solicitação de análogas de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica.	- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; **Periodicidade**: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente. - Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias. **Periodicidade**: trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.	**E10.0 / E10.5** **E10.1 / E10.6** **E10.2 / E10.7** **E10.3 / E10.8** **E10.4 / E10.9** Endocrinologista (Preferencialmente) 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	**E11.2** **E11.3** **E11.4** **E11.5** **E11.6** **E11.7** **E11.8** **E11.9** Endocrinologista (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 15/10/2026

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.** **Genfibrozila 600mg comp.** (Indisponível - Nota Técnica) Documentação para abertura	- 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:** Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina. (**validade 90 dias**) **Genfibrozila** Laudo médico 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:** 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)**	**-** CPK, TGO e TGP. **Periodicidade**: semestral ou sempre que houver ajuste de dose. - Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo **Periodicidade**: anualmente.	**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
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 (Preferencilamente) Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisiatria. 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 15/10/2026

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** Documentação para abertura *atualizado em 23/03/2026	**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 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 dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias); - Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias). **Para Cinacalcete:** -Laudo médico contendo informações sobre a DRC: fase não dialítica ou dialítica, tempo de terapia renal substitutiva, e se foi submetido ao transplante renal (validade 90 dias); - Albumina (validade 90 dias); - Cálcio sérico total ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias). **Para Desferroxamina:** Para realização do teste de diagnóstico de excesso de alumínio: - Alumínio (**validade 90 dias**) **OU** - Laudo médico informando se o paciente apresenta sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio ou se há programação de paratireoidectomia **(validade 90 dias)**.	**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. **Para Paricalcitol:** - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias. - PTH. Periodicidade: 90 dias. **Para Cinacalcete:** - Cálcio sérico total ou iônico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes transplantados. - PTH. Periodicidade: 90 dias. **Para Desferroxamina:** - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolarringológica. Periodicidade: Anual.	**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 15/10/2026

	Para realização do tratamento da intoxicação alumínica: - Alumínio sérico (**validade 90 dias**); - Teste positivo da desferroxamina ou biópsia óssea (**sem validade**); - Avaliação Oftalmológica e Otorrinolarringológica (**validade 1 ano**).		
DOENÇA DE ALZHEIMER (Protocolo MS) **Donepezila 5mg e 10mg comp** **Galantamina 8mg, 16mg e 24mg cáps de liberação prolongada** **Memantina 10mg comp** **Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsulas** **Rivastigmina solução oral 2mg/mL frasco** **Rivastigmina 9mg (5cm²) e 18mg (10cm²) adesivo transdérmico** Documentação para abertura	**Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:** o Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo (**validade 24 meses)** o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (**validade 90 dias**) o Sorologia: VDRL e Anti-HIV (**validade 1 ano**) **- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:** Mini exame do Estado Mental (MEEM) (**validade 90 dias**) Avaliação Clínica Da Demência - CDR (**validade 90 dias**) Se a substituição for para iniciar o uso da Memantina, acrescentar: - Creatinina.	**Para todos:** - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). **Periodicidade:** Semestral. **Para Galantamina**: - Creatinina, ALT/TGP, AST/TGO. **Periodicidade:** Semestral. **Para Memantina:** - Creatinina. **Periodicidade:** Semestral	**F00.0** **F00.1** **F00.2** **G30.0** **G30.1** **G30.8** Neurologista Geriatra Psiquiatria (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.

DOENÇA DE CROHN **(Protocolo MS)** **Adalimumabe 40mg injetável.** (A partir de 6 anos de idade) **Azatioprina 50mg comp.** **Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável.** (A partir de 18 anos) **Infliximabe 100mg injetável (apresentação IV)** (A partir de 6 anos de idade) **Mesalazina 400mg, 500mg e 800mg comp** **Metotrexato 25mg/mL injetável.** **Sulfassalazina 500mg comp.** **<u>Recém incorporados, ainda não disponíveis:</u>** **Infliximabe 120mg/mL (apresentação SC)** (A partir de 18 anos de idade) **Ustequinumabe 130 mg, 45 mg e 90 mg/1,0 mL injetável** (A partir de 18 anos) **Vedolizumabe 300 mg injetável** (A partir de 18 anos) <u>Documentação para abertura</u>	**Para início de tratamento com qualquer um dos medicamentos:** - Relato médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (**validade 3 meses**); - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (**validade 3 meses**); - Laudo de um exames que documente o diagnóstico (**validade 1 ano**): o Endoscópico; ou cirúrgico; ou anatomopatológico; ou radiológico (radiografia de trânsito do delgado ou TC enteral ou RM enteral). **Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:** - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina sérica (**validade 3 meses**). **Para Azatioprina, acrescentar:** - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (**validade 3 meses**). **Para Metotrexato, acrescentar:** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e fosfatase alcalina (**validade 3 meses**) - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, Vedolizumabe e Ustequinumabe acrescentar:** - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: o PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); o Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**); o HBsAg; Anti-HBC total; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**); o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (**validade 3 meses**); o Beta HCG (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para substituição/troca entre os medicamentos:** - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação (VHS ou PCR ou Calpropectiva fecal) (**validade 3 meses**); - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (**validade 3 meses**); - se a substituição for para **Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, Vedolizumabe e Ustequinumabe,**	**Para todos:** - Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). **Periodicidade**: semestral e quando houver mudança de dose ou troca de medicamento. **Para Azatioprina:** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade**: trimestral, no primeiro semestre, e após, semestral ou quando houver mudança de dose **Para Metotrexato:** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e creatinina sérica. **Periodicidade**: Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. **Para Mesalazina e Sulfassalazina:** - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina sérica. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. **Para Infliximabe:** - AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. Para otimização de dose de **Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Infliximabe, Vedolizumabe e Ustequinumabe**: - Demonstração de doença ativa, determinada por sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos.	**K50.0** **K50.1** **K50.8** Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente) <u>PCDT</u>

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

ATUALIZADO EM 15/10/2026

	acrescentar: - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (**validade 3 meses**); - Laudo de exame endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (**validade 1 ano**). Doença de Crohn - Indice de Harvey-Bradshaw PDF		
DOENÇA DE POMPE **(Protocolo MS)** **ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG INJETÁVEL** Documentação para abertura	- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida **Exame laboratorial:** - Atividade da enzima alfa glicosidase ácida **em fibroblastos ou leucócitos**, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; **ou** - Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:	- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento **Periodicidade:** semestral - Laudo fonoaudiológico - Laudo de pneumologista - Ecocardiograma. **Periodicidade:** anual	**E74.0** PCDT

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

DOENÇA DE FABRY **(Protocolo MS)** **Alfagalsidase 1mg/mL F/A** (acima de de 7 anos) **Betagalsidase 35 mg F/A** (acima de de 7 anos) Documentação de abertura *Atualizado em 27/01/2025	**Para TODOS:** - Laudo de Eletrocardiograma (sem validade) - Cópias dos exames: o Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum (validade 90 dias); e o Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de cretatitina. (validade 90 dias) **Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:** - Para homens com 18 anos ou mais de idade: o Laudo de exame da atividade da enzima αGAL-A; (sem validade) ou o Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A (sem validade). - Para mulheres com 18 anos ou mais de idade: o Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima αGAL-A; (sem validade) ou o Laudo de exame genético familiar que documente ser paciente heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da αGAL-A; (sem validade) ou o Comprovação de ao menos uma das alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF: ▪ aumento na excreção urinária de GL-3; ou evidência histológica de acúmulo de GL-3), associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF (angioqueratoma confirmado por biópsia ou córnea verticilata) (sem validade) - Para crianças (7 a 17 anos): o relato médico informando o diagnóstico clínico do paciente, detalhando as manifestações e sintomas da doença (validade 90 dias); ou o Laudo de biópsia renal demonstrando lesão podocitária (sem validade)	**Para TODOS:** - Laudo de Eletrocardiograma **Periodicidade:** anual. - Hemograma com plaquetas, eletrólitos, creatinina, uréia, perfil lipídico (HDL, colesterol total, triglicerídeos, LDL-C) e glicemia de jejum; **Periodicidade:** anual. - Albuminúria, proteinúria e taxa de filtração glomerular (TFG) estimada ou clearance de cretatitina. **Periodicidade:** anual.	**E75.2** Devem ser atendidas em serviços especializados em genética. PCDT

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

DOENÇA DE GAUCHER **(Protocolo MS)** **Imiglucerase 400 U injetável F/A** **Alfavelaglicerase 400 U injetável F/A** **Alfataliglicerase 200 U injetável F/A** **Miglustate 100mg cáps.** Documentação para abertura	**Para todos:** - Laudo médico informando: Diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3 com descrição das manifestações clínicas associadas; Medida do tamanho do fígado e do baço; Descrição do(s) critério(s) atendidos pelo paciente para indicação da Terapia de Reposição Enzimática; **(validade 3 meses)** - Exames de comprovação diagnóstica: Exame genético; **OU** Exames bioquímicos da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos associado ao diagnóstico molecular ou do aumento significativo da quitotriosidase; **(sem validade)** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, Ferritina, GGT tempo de protrombina e vitamina B12 **(validade 3 meses);** **Para Miglustate, acrescentar:** - Laudo médico informando: Presença de quadro clínico instável apesar do uso da TER; ou Condição médica que contraindique o uso de TER **(validade 3 meses)** Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.	- Laudo médico informando a adesão ao tratamento (frequência de administração do medicamento e de participação em consultas médicas) e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do tamanho do fígado e baço. **Periodicidade:** semestral. - Hemograma completo. **Periodicidade:** semestral. - AST/TGO, ALT/TGP, Ferritina, GGT tempo de protrombina e vitamina B12. **Periodicidade:** Anual. Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.	**E75.2** 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 15/10/2026

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, Cálcio 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** **Triexifenidil 5mg comp*** (*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu fornecimento deverá aguardar	**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	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 15/10/2026

finalização de processo licitatório). Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	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)		
DOENÇA DE WILSON **(Protocolo MS)** **Penicilamina 250mg cápsula** **Trientina 250mg cápsula** Documentação para abertura	**-** Formulário para Avaliação para Doença de Wilson Cópias dos exames comprobatórios das pontuações do formulário.	Para todos: - Dosagem de cobre urinário de 24h. **Periodicidade:** Após o primeiro e terceiro mês de tratamento. - Dosagem de cobre sérico livre **Periodicidade:** Após os 3 meses iniciais de tratamento até o correto ajuste de dose. Após ajuste, monitorização deve ser semestral Para Penicilamina, acrescentar: - TGO e TGP, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. **Periodicidade:** Semestral. Para Trientina, acrescentar: - Ferritina sérica **Periodocidade:** semestral	**E83.0** Neurologista Gastroenterologistas (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas. PCDT
DOENÇA FALCIFORME **(Protocolo MS)** **Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola)** (acima de 18 anos) **Hidroxiuréia cáps de 500mg** **Hidroxiuréia comp de 100mg** Documentação para abertura	**Para todos:** Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: ○ 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) **Para Hidroxiuréia, acrescentar:** - Hemograma completo com contagem de reticulócitos, (validade 90 dias) - Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP (validade 90 dias) - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (validade 1 ano) - Beta HCG (validade 30 dias) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. **Para Alfaepoetina, acrescentar:** - Hemograma (validade 90 dias); - informação médica sobre o uso de Hidroxiuréia; - informação sobre a presença de um dos critérios: presença de síndrome de hiper hemólise ou necessidade de mais de três	**Para hidroxiuréia:** - Hemograma e contagem de reticulócitos. **Periodicidade:** semestral ou a cada alteração de dose, sendo, neste caso, necessário acrescentar receituário médico e relato médico da alteração de dose em LME; - Em pacientes com sorologia positiva para hepatites B e C: Dosagem sérica de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** trimestral - Beta HCG (mulheres em idade fértil). **Periodicidade**: Trimestral **Para Alfaepoetina:** - Hemograma **Periodicidade:** mensal nos primeiros seis meses. Após, trimestral.	D57.0 D57.1 D57.2 Hematologista Nefrologista (Exclusivamente) . 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 15/10/2026

	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.		
DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS) **Filgrastim 300mcg injetável F/A** **Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.**	**1.** Idade inferior ou igual a 12 anos; 2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de: 2.1. Crianças com idade < 18 meses: 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; 2.2- Crianças com idade > 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos; 3. **Para HIV**: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes; 4. **Para púrpura trombocitopênica**: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.	- Creatinina, TGO e TGP. **Periodicidade:** Semestral.	**B20.0 – B20.1** **B20.2 – B20.3** **B20.4 – B20.5** **B20.6 – B20.7** **B20.8 – B20.9** **B22.0 – B22.1** **B22.2 - B22.7** **B23.0 – B23.1** **B23.2 – B23.8** **B24** Pediatra ou Infectologista (Preferencialmente) Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.
DPOC **(Protocolo MS)** **Budesonida 200 mcg cáp inal ou pó para inalação** **Budesonida 400 mcg cáp para inalação** **Fenoterol 100 mcg/dose sol aerossol** (indisponível: atualmente sem demanda) **Formoterol 12 mcg cáp ou pó para inalação**	**Exigido para comprovação diagnóstica (1ª solicitação):** Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (**validade 12 meses**); Se associação LABA + LAMA + ICS, acrescentar: Hemograma	- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escala de dispnéia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações. **Periodicidade:** Semestral. - Para Budesonida, Formoterol + Budesonida e associação LABA + LAMA + ICS: Hemograma. **Periodicidade:** Semestral	**J44.0** **J44.1** **J44.8** **Para associação LABA + LAMA ou LABA + LAMA + ICS** Pneumologista (exclusivamente)

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

Formoterol + budesonida 6+200 mcg e 12+400 mcg cáp ou pó para inalação **Associação LABA + LAMA:** **Umeclidínio + Vilanterol (62,5 + 25) mcg pó para inalação** **Tiotrópio + Olodaterol (2,5+2,5) mcg sol para inalação** **Associação LABA + LAMA + ICS:** **Furoato de Fluticasona + Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol (100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg pó para inalação oral** **Dipropionato de Beclometasona + Fumarato de Formoterol di-hidratado + Brometo de Glicopirrônio 100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg solução aerossol para inalação oral** Documentação para abertura	(**validade 3 meses**). **Exigido para substituição/troca de medicamentos:** - Para todos: Formulário para solicitação de medicamento para tratamento de DPOC (link). - Para **Tiotrópio + Olodaterol**, acrescentar: Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (**validade 12 meses**). - Para Associação **LABA + LAMA + ICS**, acrescentar: Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT* (**validade 12 meses**); Hemograma completo (**validade 3 meses**). **Atenção:** Exames adicionais podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora, como por exemplo: Dosagem de alfa-1-antitripsina; Exame de imagem do tórax. * Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.		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 15/10/2026

DOR CRÔNICA **(Protocolo MS)** **Gabapentina 300mg e 400mg caps.** **Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.** **Metadona 5mg e 10mg comp.** **Morfina 10mg e 30mg comp.** **Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral** **Naproxeno 500 mg comp.** Documentação para abertura	Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: - 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; * Localização, duração, intensidade e tipo de Dor (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista). Preferencialmente, por meio de escalas que melhor se adapte ao paciente descritas no **apêndice A** do PCDT-MS Para Naproxeno (acrescentar): - Relato médico em LME informando diagnóstico de Osteoatrite de joelho e/ou de quadril. *** Validade 90 dias.**	**-** Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. **Periodicidade:** Semestral - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, uréia, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides. **Periodicidade:** anual.	**R52.1 e R52.2** **(todos exceto Naproxeno)** **M16 / M16.0** **M16.1 / M16.4** **M16.5 / M16.6** **M16.7 / M16.9** **M17 / M17.0** **M17.1 / M17.2** **M17.3 / M17.4** **M17.5 / M17.9** **(Somente Naproxeno)** PCDT
DOR CRÔNICA **(Critério de Uso – Estadual)** **Tramadol 50mg caps.** (Acima de 16 anos)	- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um. - Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor). *** Validade 90 dias.**	**-** Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. **Periodicidade:** Semestral	**M15.3 / M19.9** **M18.9 / M18.2** **M19.1 / M18.0** **M19.0 / M25.5** **M79.6 / M54.5** **M54.6 / R52.9** **M54.9 / M43.9** **M53.9 / M79.0** Protocolo Estadual
ENDOMETRIOSE **(Protocolo MS)** **Danazol 100mg cáps.** **Gosserrelina 3,6mg e 10,8mg injetável** **Leuprorrelina 3,75mg** **Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável** Documentação para abertura	- Relato médico com anamnese, incluindo avaliação do histórico clínico e familiar e exame físico, e descrição do tratamento prévio com contraceptivos orais combinados ou progestágenos (**validade: 3 meses**). - Exame de imagem que comprove o diagnóstico: Ultrassom transvaginal ou ressonância magnética ou Laparoscopia com biópsia ou laudo histopatológico (**sem validade**). **Para Danazol, acrescentar:** - Contagem de plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina **(validade: 3 meses).**	**Para Danazol:** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. **Periodicidade:** Semestral.	**N80.0** **N80.1** **N80.2** **N80.3** **N80.4** **N80.5** **N80.8** Ginecologista Obstetra (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 15/10/2026

ENXAQUECA **(Critério de uso – Estadual)** **Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.**	- Paciente maior de 18 anos; - Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica; - Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes). *** Validade 90 dias.**	- Apresentação de diário de cefaléia e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado. **Periodicidade:** Trimestral.	**G43** **G43.0** **G43.1** **G43.3** **G43.9** Neurologista Protocolo Estadual
EPILEPSIA **(Protocolo MS)** **Clobazam 10mg** **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	- 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

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 15/10/2026

			e possibilidade de tratamento com a dieta cetogênica. PCDT
EPILEPSIAS REFRATÁRIAS ÀS TERAPIAS DISPONÍVEIS NO SUS PARA SÍNDROME DE DRAVET, LENNOX-GASTAUT E NO COMPLEXO DE ESCLEROSE TUBEROSA (Protocolo Estadual) Disponível: **Canabidiol (CBD) 200mg/mL- frasco 30 ml** (idade acima de 2 anos) Disponibilidade conforme Nota Técnica Documentação para abertura	- 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 o Lennox-Gasteut ou síndrome de Dravet; OU o Laudo de Tomografia Computadorizada de Crânio ou de Ressonância Magnética de Encéfalo com laudo, em casos de Complexo da Esclerose Tuberosa.	- 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 - Diário de registros de crises. **Periodicidade:** Semestral - Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO; **Periodicidade:** Semestral	**G40.4** **Q85.1** **Neurologista, neuropediatra ou neurocirurgião** (Exclusivamente) Protocolo Estadual
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	**Para todos:** - 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, acrescentar:** - AST/TGO e ALT/TGP (**validade 90 dias**). **Para Ciclofosfamida, acrescentar**: - AST/TGO, ALT/TGP e creatinina (**validade 90 dias**). **Para Metotrexato, acrescentar**: - AST/TGO, ALT/TGP 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 e creatinina. **Periodicidade:** Trimestral.	**M34.0** **M34.1** **M34.8** Reumatologista Pneumologista (Preferencialmente) Recomenda-se a constituição de um centro de referência para avaliação, acompanhamento e administração de

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

	- Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil.		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**); - βHcG 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
ESCLEROSE MÚLTIPLA (Protocolo MS) **Alentuzumabe injetável, 12mg F/A** (18 anos) **Azatioprina 50mg comp.** **Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A** **Betainterferona 1B 9.600.000UI (300mcg) F/A** **Cladribina 10mg comp.** **Fingolimode 0,5 mg comp.** (18 anos) **Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp** (18 anos) **Glatirâmer 40mg (seringa prenchida)** **Natalizumabe 300mg F/A** (18 anos) **Teriflunomida 14mg comp** (18 anos) Documentação para abertura	**Para TODOS:** - Relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS. - **Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos:** o Ressonância magnética do crânio (**validade 2 anos**); o Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (**validade 3 meses**). o Exceto para acetato de glatirâmer e betainterferonas: ▪ PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); ▪ Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**). ▪ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**); ▪ Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **- Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos:** o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (**validade 3 meses**); o Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção). **Para Alentuzumabe, acrescentar:** - Relato médico documentando o diagnóstico de EMRR	**Para TODOS:** - Taxa de surtos; - Valor da Escala EDSS; - Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos **Periodicidade: semestral** **Para Azatioprina:** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas. **Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral**. **Para Betainterferonas:** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH **Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral**. **Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas **Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.** **Para Fingolimode:** - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas **Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de**	**G35** Neurologista (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.

	classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Cladribina e ausência de contraindicações ao uso do Alentuzumabe (**validade 3 meses**); - Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (**validade 2 anos**); - Creatinina sérica, exames de urina e TSH (**validade 3 meses);** **Para Betainterferonas, acrescentar:** - TSH **(validade 3 meses).** **Para Cladribina, acrescentar:** - relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Natalizumabe (**validade 3 meses**); - Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (**validade 2 anos**); - Hemograma (**validade 3 meses**); - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (**validade 3 meses**). **Para Fingolimode, acrescentar:** - Relato médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila) E informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica **(validade 3 meses).** **Para Natalizumabe, acrescentar:** - Relato médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe **(validade 3 meses)**, associado a uma das opções abaixo: Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade: o Relato médico documentado este diagnóstico; **(validade 3 meses);** o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; **(validade 2 anos).** Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade: o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de fingolimode **(validade 3 meses);**	**tratamento, e após, semestral.** - Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica **Periodicidade: anualmente.** **Para Cladribina:** - Hemograma completo **Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento** **Para Alentuzumabe**: - Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH **Periodicidade: 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.**	

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

	○ Laudo de exame de ressonância magnética do crânio **(validade 2 anos)**.		
ESPASTICIDADE **(Protocolo MS)** **Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A** **Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A** Documentação de abertura	- βHcG para mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**); - Relato médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (**validade 3 meses);** - Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).	-	**G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2** **G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 / I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8** **T90.5 / T90.8** PCDT
ESPONDILITE ANCILOSANTE **(Protocolo MS)** **Adalimumabe 40mg injetável** **Certolizumabe pegol 200mg/mL injetável** (Acima de 18 anos) **Etanercepte 25mg** (Abaixo de 18 anos) **Etanercepte 50mg injetável** (Acima de 18 anos) **Golimumabe 50mg injetável** (Acima de 18 anos) **Infliximabe 10mg/ml injetável** **Metotrexato 25mg/ml solução injetável e 2,5mg comprimido**	**Para Todos:** - **Exigido uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:** ○ Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (**validade 2 anos**); **- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:** ○ Relato médico contendo valor do índice composto de atividade de doença (BASDAI ou ASDAS) (**validade 3 meses**); ○ Velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, Hemograma completo, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP (**validade 3 meses).** **Para Metotrexato, acrescentar**: - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil.	**Para todos:** - Valor de BASDAI ou ASDAS; **Periodicidade:** Trimestral - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP **Periodicidade:** Trimestral **Para Metotrexato e Naproxeno:** - Creatinina. **Periodicidade:** Trimestral. **Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe**: - Hemograma, TGO, TGP. **Periodicidade**: Trimestral	**M45** **M46.8** Reumatologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista. PCDT

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

Naproxeno 500mg comprimido **Secuquinumabe 150 mg/mL injetável** (Acima de 18 anos) **Sulfassalazina 500mg comprimido** Documentação para abertura	**Para Adalimumabe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe, acrescentar:** **-** 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.		
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, triglicerídios e glicemia de jejum – (**validade 3 meses)** **Para Clozapina, acrescentar:** - Hemograma completo (**validade 30 dias**).	Para **Todos:** - Dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios 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,

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

			agressividade e alucinações. PCDT
ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA **Dapagliflozina 10mg comp** Documentação de abertura	- Relato médico informando: ○ O estágio da DRC que o paciente se encontra; ○ Se paciente é diabético ou não; ○ O tratamento medicamentoso atualmente em uso descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte; **(validade 3 meses).** - Creatinina sérica **(validade 3 meses)**; - Para pacientes não diabéticos, acrescentar razão Albumina/Creatinina (RAC) urinária **(validade 3 meses).**	- Relato médico informando o estágio da DRC que o paciente se encontra. **Periodicidade:** semestral. - EAS, Creatinina sérica, Potássio sérico e RAC urinária. **Periodicidade:** Anual (a depender da clínica, pode-se solicitar exames complementares para monitorização).	**N18.2** **N18.3** **N18.4** **N18.5** PCDT
FENILCETONÚRIA **(Protocolo MS)** **Complemento alimentar isento de fenilalanina** **Sapropterina 100mg compr.** (Somente sexo feminino)	- Dosagem sérica de Fenilalanina (se entre 8-10 mg/dl, apresentar 3 exames semanais consecutivos) - (**sem validade**) Para dispensação de Sapropterina para realização do Teste de responsividade, acrescentar: ▪ Relato médico informando diagnóstico de Fenilcetonúria (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC e se paciente está em período gestacional ou não (**validade 30 dias**). Para dispensação de Sapropterina durante o período periconcepcional e gestação, acrescentar: ▪ Laudo RESPONSIVO ao teste de responsividade à Sapropterina sapropterina (**sem validade**); ▪ Beta HCG ou relato médico que paciente está em período periconcepcional (**validade 30 dias**);	- Dosagem de Fenilalanina sérica: **Periodicidade:** trimestral (solicitar a cada três meses, os três últimos meses consecutivos)	**E70.0** **E70.1** PCDT

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

FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR **(Critério de Uso - Estadual)** **Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cápsula** **Rivaroxabana 15 e 20mg compr.** Documentação para abertura	- Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico **(sem validade).** - Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc com resultado maior ou igual a 2 **(sem validade).** - Creatinina sérica ou clearance de creatinina **(validade 3 meses).**	- Creatinina sérica ou clearance de creatinina. **Periodicidade:** semestral. **Obs 1**.: Para pacientes em uso de Dabigatrana, o clearence de creatinina (ClCr) deve estar maior que 30ml/min. **Obs 2**.: Para pacientes em uso de Rivaroxabana, o ClCr 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.	I48 I63.1 Neurologista Cardiologista (Exclusivamente) Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial Dabigatrana - Critérios de utilização na fibrilação atrial nao valvar
FIBROSE CÍSTICA **(Protocolo MS)** **Alfadornase 2,5mg solução injetável *** **Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.*** (Idade entre 6 e 11 anos) **Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.*** (acima de 6 anos) **Ivacaftor 150mg comp.** (acima 6 anos) **Pancreatina 10.000UI e 25.000UI cáps.** **Tobramicina 300mg solução inalatória *** *****medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva) Documentação para abertura	**Para todos:** - Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística (**sem validade**). **Para Alfadornase, acrescentar:** - Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce (**validade 3 meses**). **Para Pancreatina, acrescentar:** - Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente (**validade 3 meses**). **Para Ivacaftor, acrescentar:** - Cópia de exame de uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R (**sem validade**). **Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:** - 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 (**validade 3 meses**); - Cópia de exame de mutação genética F508del no gene CFTR (**sem validade**); - Dosagem quantitativa de cloreto no suor atualizado (**sem validade – no diagnóstico**); - Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina,	- Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME. **Periodicidade:** semestral. **Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e ivacaftor, acrescentar:** - Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina. **Periodicidade:** no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual. - Espirometria **Periodicidade:** anual - Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam: - Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio; - Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação ao ano anterior; - Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios; - Melhora do estado nutricional, medido pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver	**E84.0** (exceto pancreatina) **E84.1** (Exceto alfadornase e Tobramicina) **E84.8** (para todos) O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC. 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 15/10/2026

	ALT/TGP, AST/TGO, creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (**validade 3 meses**); - Espirometria (**validade 6 meses**); - Laudo de cultura de secreção respiratória (**validade 3 meses**); - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil. **Para Tobramicina, acrescentar:** - Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada Pseudomonas aeruginosa (**validade 3 meses**).	outra explicação; - Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador. **Periodicidade:** 12º mês de uso - Dosagem quantitativa de cloreto no suor **Periodicidade:** Entre o 3º e 12º mês de uso.	
FIBROSE CÍSTICA **(Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)** **Budesonida 200mcg cáps inal** **Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal** **Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml** **Omalizumabe 150mg injetável** **Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg**	-	-	**E84.0** **E84.1** **E84.8** **E84.9**
GLAUCOMA **(Protocolo MS)** **Acetazolamida 250mg comprimido** **Bimatoprosta 0,3mg/mL sol oftálmica** **Brimonidina 2mg/mL sol oftálmica** **Brinzolamida 10mg/mL sol oftálmica** **Dorzolamida 20mg/mL sol oftálmica** **Latanoprosta 0,05mg/mL sol oftálmica** **Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica** **Timolol 5mg/mL sol oftálmica** **Travoprosta 0,04mg/mL sol oftálmica** Documentação para abertura	Para abertura do processo: - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente (**validade 3 meses**) - Campimetria (**validade 1 ano**); - Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (**validade 1 ano**). - Para substituição de medicamentos, necessário apenas: - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justiçando a substituição (**validade 3 meses**); - Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades	- Medida da PIO basal. Periodicidade**: semestral.** - Campimetria. Periodicidade: **anual.**	**H40.1** **H40.2** **H40.3** **H40.4** **H40.5** **H40.6** **H40.8** **Q15.0** Oftalmologista (Exclusivamente) 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 15/10/2026

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (Protocolo MS) **Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL** (idade acima de 14 anos) Documentação para abertura	- Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (**validade 3 meses)**; - Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo **(sem validade);** - Cópia de exame lactato desidrogrenase **(validade 3 meses);** - Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica **(sem validade)**; **ou** Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica **(sem validade)**; **ou** Cópia de ecocardiograma com PSAP > 35 **(sem validade)**; **ou** Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearence de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) **(validade 3 meses)**; **ou** Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) **(validade 3 meses)**. - Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (**validade 3 meses);** - Exames laboratoriais: Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina (**validade 3 meses)**; - Questionário de avaliação da qualidade de vida **(validade 3 meses).**	- Relato médico descrevendo a evolução clínica. **Periodicidade:** trimestral. - Cópia de exame lactato desidrogrenase, hemograma completo e reticulócito **Periodicidade:** trimestral. **-** Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Trasferrina, ferritina sérica, uréia e creatinina. **Periodicidade:** semestral. **-** Questionário de avaliação da qualidade de vida. **Periodicidade:** semestral.	**D59.5** Hematologista (Exclusivamente) PCDT
HEPATITE AUTOIMUNE (Protocolo MS) **Azatioprina 50mg comp.** Documentação para abertura	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: - Para pacientes sem outras doenças autoimunes concomitantes, informar a pontuação obtida no ERDHAI; **ou** **-** Para pacientes com doenças autoimunes, informar a pontuação obtida nos critérios simplificados para	- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT. **Periodicidade**: Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente. .	**K75.4** PCDT

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

	diagnóstico de HAI. Exames sanguíneos utilizados para a pontuação obtida em seu respectivo escore de diagnóstico; - ALT/TGP, AST/TGO e fosfatase alcalina (**validade 3 meses**); - Gamaglobulina ou IgG (**validade 1 ano**); - FAN/anti-músculo liso ou anti-LKM-1 (**validade 1 ano**); - Sorologias de hepatites virais: anti-HAV IgM; HBsAg; Anti-HBc total; Anti-HCV e HCV-RNA qualitativo (**validade 1 ano**); - Biópsia hepática (**sem validade**).		
HEMANGIOMA INFANTIL **(Protocolo MS)** **Alfainterferona 2b** **3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI** Documentação para abertura	- Relato médico detalhado dos sinais e sintomas e tratamentos prévios; - Exames laboratoriais: TSH, ALT/TGP, AST/TGO, TAP (v**alidade 3 meses).**	- Exames laboratoriais: hemograma completo, ALT/TGP, AST/TGO, TSH (somente para casos de hipotireoidismo). **Periodicidade:** Trimestral.	**D18.0** Pediatra (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.

HIDRADENITE SUPURATIVA **(Protocolo MS)** **Adalimumabe 40mg injetável – seringa preenchida** (Acima de 18 anos) Documentação para abertura	- 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 *Hurley e os* tratamentos prévios realizados (**validade 3 meses**); **e** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina e ureia (**validade 3 meses**); **e** - PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); **e** - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**); **e** - Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**); **e** **-** Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil.	**Para todos:** - Laudo médico informando a resposta clínica ao tratamento utilizando o valor da *HiSCR* (*Hidradenitis Suppurativa Clinical Response)* **Periodicidade:** trimestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** Trimestral	**L73.2** Dermatologista (Preferencialmente). PCDT
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA **(Protocolo MS)** **Fludrocortisona 0,1mg comp.** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) (**validade 3 meses**); - Dosagem de sódio e potássio séricos OU dosagem renina plasmática e aldosterona (**validade 3 meses**).	- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. **Periodicidade:** Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral. - Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. **Periodicidade:** Trimestral.	**E25.0** Endocrinologista (Preferencialmente) PCDT
HIPERPROLACTINEMIA **(Protocolo MS)** **Cabergolina 0,5 mg comp.** **Bromocriptina 2,5mg comp.** (Medicamento excluído do SUS, conforme Portaria SCTIE/MS nº 96, de 29/12/2025) Documentação para abertura	- Pesquisa de macroprolactina (**validade 3 meses**); - Dosagem de prolactina (**validade 3 meses**); - Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, OU tomografia computadorizada (**validade 1 ano**); - Dosagem de TSH, TGO e Creatinina (**validade 3 meses**); - βHcG para mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização **(sem validade**); - Ecocardiografia transtorácica: obrigatório somente para os pacientes com doses altas de **cabergolina** (> 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - **(validade 6 meses).**	- Dosagem de Prolactina. **Periodicidade:** Anual ou nos casos de mudança de dose. - Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. **Periodicidade:** 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica	**E22.1** Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente) PCDT

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

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (Protocolo MS) **Sildenafila 20 mg comp.** **Ambrisentana 5mg e 10mg comp.** **Bosentana 62,5mg e 125mg comp.** **Iloprosta 10 mcg/mL solução para nebulização** **Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp.** Documentação para abertura	**Para início de tratamento:** - Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO_2) **(validade 1 ano);** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP **(validade 3 meses)**; - Laudo médico informando **(validade 3 meses)**: o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de *Danna Point*; o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; o Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M); o Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica. **Para associação ou substituição de medicamentos:** - Laudo médico informando **(validade 3 meses)**: o Classe funcional NYHA/OMS do paciente; Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).	Para todos: - Descrição em LME da avaliação clínica do paciente, informando classe funcional NYHA/OMS e a estratificação de risco do paciente com o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). **Periodicidade:** Semestral. Somente para **Ambrisentana e Bosentana:** - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade**: Trimestral no primeiro ano, após semestral.	**I27.0** **I27.2** **I27.8** Pneumologista (Preferencialmente) Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia PCDT
HIPOPARATIREOIDISMO (Protocolo MS) **Calcitriol 0,25mcg cáps.** Documentação para abertura	-Exames laboratoriais (**validade 3 meses**): o Dosagem de cálcio total e albumina, **OU** cálcio iônico; o PTH; o Fósforo e magnésio; o Creatinina e calciúria 24h; o Taxa de filtração glomerular estimada ou clearence de creatinina; - Peso atual do paciente.	- Dosagem de cálcio total e albumina ou cálcio iônico, fósforo, calciúria em 24 horas, creatinúria/24 horas. **Periodicidade:** Mensal até normalização e após, semestral.	**E20.0 / E20.1** **E20.8 / E89.2** Endocrinologista (Exclusivamente) Deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia. PCDT
ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS) **Acitretina 10mg e 25mg cáps.** Documentação para abertura	- Relato médico do quadro clínico cutâneo e manifestações extracutâneas (se houver) do paciente. **(validade 3 meses)**. - Colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum, ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. **(validade 3 meses)** - βHcG para mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**); - Para crianças: laudo de radiografia da coluna cervical e lombar, ossos longos, de mãos e punhos para idade óssea	- Colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum, ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. **Periodicidade:** no primeiro mês e trimestral. - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil **Periodicidade:** Mensal.	**Q80.0 / Q80.1/ Q80.2** **Q80.3/ Q80.8/ Q80.9** Dermatologista (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.

	(**validade 1 ano**). Atenção: Outros exames podem ser solicitados a critério da comissão avaliadora.		
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (Protocolo MS) **Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.** Imunodeficiencia Primaria	**Para todos os CIDs (validade 3 meses):** - Dosagem de IgG total, IgA, IgM; - Hemograma completo; - Uréia e Creatinina; - ALT, AST e Albumina sérica. **Incluir somente para o CID D80.3 (validade 3 meses):** - Subclasses de IgG. **Incluir somente para os CIDs D80.6 e D80.8:** - Dosagem das Isohemaglutininas Anti – A e Anti – B; - Dosagem dos anticorpos pós- vacinais: anti – tétano, anti – difteria, anti – rubéola, anti – hepatite B, anti– sarampo; - Dosagem de anticorpos anti-polissacárides do pneumococo (pré e pós vacinais).	- Hemograma, Uréia, Creatinina, ALT, AST, TP, Albumina e EAS. **Periodicidade:** Trimestral.	**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** Imunologista e Geneticista (Exclusivamente) Devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista. PCDT
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS) **Azatioprina 50mg comp** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp** **Micofenolato de mofetila 500mg comp** **Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp** **Tacrolimo 1mg e 5mg caps** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgaste) - Não são exigidos exames iniciais. ****Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.	Para Azatioprina e Micofenolato: - Hemograma completo Periodicidade: mensal nos primeiros 2 meses de uso, depois a cada alteração de dose ou a critério médico. - Amilase, ALT/TGP e AST/TGO **Periodicidade: a critério médico**. Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. **Periodicidade: a critério médico**. Para Tacrolimo: - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina **Periodicidade: a critério médico.** Para Everolimo: - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina	**Z94.1** **T86.2** Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes PCDT

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

		Periodicidade: a critério médico.	
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA **(Protocolo MS)** **Azatioprina 50 mg comp** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.** **Micofenolato mofetila 500mg comp.** **Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.** **Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.** **Sirolimo 1mg e 2mg.** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos **(sem validade)**; - Resumo de alta hospitalar (**validade 3 meses**). Imunossupressao do transplante Hepatico em Pediatria	Para **Azatioprina:** - Hemograma completo, ALT/TGP e AST/TGO. **Periodicidade:** na primeira semana e após a cada mudança de dose. Para **Ciclosporina e Tacrolimo:** - Dosagem sérica. **Periodicidade:** Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.	**T86.4** **Z94.4** Gastroenterologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático. PCDT
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS **(Protocolo MS)** **Azatioprina 50 mg comp** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp** **Micofenolato mofetila 500mg comp**	- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos **(sem validade)**; - Resumo de alta hospitalar **(validade 3 meses)**.	**Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo:** - Dosagem sérica do respectivo medicamento **Periodicidade:** quando houver ajuste de dose. **Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo:** - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, **Periodicidade:** a critério médico. **Para: Azatioprina** - Hemograma completo.	**T86.4** **Z94.4** Gastroenterologista (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.

Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp **Tacrolimo 1mg e 5mg cáps** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025		**Periodicidade:** a critério médico. - Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações. **Periodicidade:** a critério médico.	
IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS) **Azatioprina 50mg comp** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp** **Micofenolato mofetila 500mg comp** **Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp** **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	- Não são exigidos exames iniciais. - Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias: ○ Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não); ○ HLA; ○ Tempo de isquemia; ○ Reatividade contra painel; ○ Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência; ○ Se trata de retransplante. - Alta hospitalar. ****** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.	Para **Azatioprina** - Hemograma completo **Periodicidade:** Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico. - Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro. **Periodicidade:** a critério médico. Para **Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:** - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo. **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.	**Z94.0** **T86.1** Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes. 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 15/10/2026

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 tio B (NT-ProBNP) (**sem validade**);	- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME. **Periodicidade: semestral.**	**I50.0** **I50.1** **I50.9** PCDT
INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS) **Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI cápsulas** Documentação para abertura	- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia **(3 meses validade)**: - teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal **Associado a:** - Exame de imagem com alterações condizentes com pancreatite crônica (sem validade): - Radiografia simples de abdome; ou Ultrassonografia de abdome; ou Ecoendoscopia; ou Tomografia computadorizada de abdome; ou Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER); ou ressonância magnética de vias biliares. **Exceção:** - Em casos de câncer pancreático, somente: laudo médico associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade). - Em casos de ressecções pancreáticas, somente: laudo	- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME. **Periodicidade:** semestral.	**K86.0** **K86.1** **K90.3** Gastroenterologista (Preferencialmente). 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 15/10/2026

	cirúrgico ou cópia de exame de imagem, associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA **(Mini-protocolo Estadual)** **Oxibutinina 5 mg comp.** **Oxibutinina 10 mg comp. Liberação prolongada** **Tolterodina 4 mg*** (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica)	- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (**validade 90 dias**); - Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (**validade 90 dias**).	-	**R32** **N30.0 / N31.0 / N31.9** **N32.0 / N33.0 / N39.0** Urologista Nefrologista (Preferencialmente) Protocolo Estadual
LEIOMIOMA DO ÚTERO **(Protocolo MS)** **Gosserrelina 3,6mg injetável** **Gosserrelina 10,8 mg injetável** **Leuprorrelina 3,75 mg** **Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- Histerosalpingografia OU - Histeroscopia OU - Histerossonografia OU - Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) OU - Tomografia computadorizada OU - Ressonância magnética OU - Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem). ***Validade 1 ano.**	- Ultrassonografia e hemograma. **Periodicidade:** Trimestral.	**D25.0** **D25.1** **D25.2** Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia. PCDT

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

LINFANGIOLEIOMIOMATOSE **Sirolimo 1mg e 2mg comp** Documentação para abertura	- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente - Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade) - Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade); - Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica: - Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de abdômen (sem validade); ou - Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou - Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou - Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade)	- Dosagem sérica do medicamento. **Periodicidade:** Semestral ou quando houver ajuste de dose - Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO. **Periodicidade:** anual.	**J84.8** PCDT
LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS) **Azatioprina 50 mg comp.** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Danazol 100mg cáps.** **Hidroxicloroquina 400 mg comp.** **Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável** **Micofenolato de mofetila 500 mg comp.** (somente para Nefrite Lúpica) Documentação para abertura	**Para Todos:** - Relato médico informando: ○ Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI contendo a descrição dos órgãos e sistemas envolvidos; ○ Os medicamentos utilizados, tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização **(validade 3 meses).** - Exames: ○ FAN **(sem validade) -** Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos; ○ Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, EAS, complemento C3 e C4 e anti-DNA nativo (**validade 3 meses**). ○ Se LES + NEFRITE, acrescentar: ▪ Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, sódio e potássio; (**validade 3 meses**)	**Para todos:** - Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI contendo a descrição dos órgãos e sistemas envolvidos. **Periodicidade:** Semestral. - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, creatina, complementos C3 e C4. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. Para **Ciclosporina, acrescentar:** - Dosagem sérica de ciclosporina **Periodicidade:** Semestral. Para **Ciclofosfamida, acrescentar:** - Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino. **Periodicidade:** Anual. Para **Danazol, acrescentar:** - Colesterol total, HDL e triglicerídeos. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. Para **Hidroxicloroquina, acrescentar:**	**L93.0** **L93.1** **M32.1** **M32.8** Reumatologista (Preferencialmente) Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista. 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.

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

	▪ Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (**sem validade**) ○ <u>Se LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica, acrescentar:</u> • Teste de Coombs; **(validade 3 meses)** • Exames para comprovação de hemólise: Contagem de reticulócitos ou Dosagem de Desidrogenase láctica (DHL) ou de haptoglobina ou de Bilirrubina (total e frações); **(validade 3 meses)** ○ <u>Se LES + TROMBOSE:</u> ▪ Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM, anti-beta2-glicoproteína1 (**validade 3 meses**) **<u>Para Hidroxicloroquina, acrescentar:</u>** - Avaliação oftalmológica (**validade 1 ano**). **<u>Para Metotrexato, acrescentar</u>**: - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil.	- Avaliação oftalmológica. **Periodicidade:** Anual.	PCDT
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA **Talidomida 100 mg comp.**	- Não é exigido LME; - Notificação de receita de talidomida; - Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade <u>OU</u> Termo de responsabilidade / esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade; - Laudo médico com história do paciente e os tratamentos que recebeu até o momento – **validade 90 dias;** - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (**Validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização **(sem validade).**	**-** Documentos exigidos na RDC n° 11/2011.	**M32/ L93.0/ L93.1 T86.0/ C90.0/D46.0 D46.1/ D46.4** Hematologista Reumatologista (Preferencialmente)

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

MIASTENIA GRAVIS **(Protocolo MS)** **Azatioprina 50mg comp.** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.** **Piridostigmina 60mg comp.** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	**Para todos:** - Relato em LME das manifestações clínicas compatíveis com MG; - Exames confirmatório de diagnóstico (sem data de validade): ▪ Laudo de Eletroneuromiografia; **ou** ▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetilcolina **Para Azatioprina, acrescentar:** - Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP **(validade 3 meses)** **Para Ciclosporina, acrescentar:** - Hemograma Completo, Creatinina e uréia **(validade 3 meses)** **Para Imunoglobulina, acrescentar:** - Relato médico em LME evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) **(validade 90 dias)**. - Creatinina e uréia **(validade 90 dias)** - Dosagem sérica de IgA **(validade 90 dias)**	Para **Azatioprina:** Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP **Periodicidade:** Trimestral. Para **Ciclosporina:** - Nível sérico de ciclosporina. **Periodicidade**: Anual - Creatinina e uréia **Periodicidade:** Trimestral.	**G70.0** **G70.2** PCDT
MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS **(Protocolo MS)** **Azatioprina 50mg comp** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Hidroxicloroquina 400mg comp.** **Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g e 5g.** **Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL injetável** Documentação para abertura	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico descrevendo o diagnóstico sindrômico identificando o fenótipo clínico do paciente. - Exames laboratoriais: o creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase; **e** o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e desidrogenase láctica (DHL) **(validade 90 dias);** **Para Ciclosporina, acrescentar**: - creatinina (**validade 90 dias**). **Para Hidroxicloroquina, acrescentar**: - Exame oftalmológico (**validade 1 ano**). **Para Metotrexato, acrescentar**: - creatinina (**validade 90 dias**). - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. **Para Imunoglobulina, acrescentar:** - Dosagem sérica de IgA **(validade 90 dias)**	**Para todos**: - Relato médico quanto a evolução da atividade da doença, através da descrição da força muscular em quadríceps, deltoides e flexores de pescoço ou por um dos instrumentos de avaliação da atividade de miopatias inflamatórias descritos no PCDT-MS. **Periodicidade:** semestral. - CPK ou aldolase. **Periodicidade:** semestral. **Para Azatioprina, acrescentar:** - hemograma completo, fosfatase alcalina, AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade:** Trimestral. **Para Metotrexato, acrescentar:** - hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina. **Periodicidade:** Trimestral. - Beta HCG (para mulheres em idade fértil). **Periodicidade:** Semestral	**M33.0** **(para todos)** **M33.1** **(para todos)** **M33.2** **(exceto para hidroxicloroquina)** Reumatologista (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 15/10/2026

	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.	**Para Ciclosporina, acrescentar**: - Creatinina. **Periodicidade:** Trimestral - Relato médico em LME quanto ao monitoramento da pressão arterial sistêmica. **Periodicidade:** semestral. - Colesterol total e frações, triglicerídeos e potássio sérico. **Periodicidade:** semestral. **Para Hidroxicloroquina:** - Exame oftalmológico. **Periodicidade:** Anual.	
MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I **(Protocolo MS)** **Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5Ml** Documentação para abertura	- Laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; **(validade 3 meses)** - 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) **(sem validade)** **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. **(sem validade)**	- Laudo médico informando a adesão ao número de infusões previstas no período e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, da pressão arterial, da hepatimetria e da mobilidade articular. **Periodicidade:** semestral. - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs). **Periodicidade:** semestral. - Exame neurológico. **Periodicidade:** semestral.	**E76.0** PCDT
MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II **(Protocolo MS)** **Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml** Documentação para abertura	- laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico com registro atualizado do peso, altura, perímetro cefálico e quantificação do tamanho do fígado (hepatimetria) e do baço; **(validade 3 meses)** - Exame de comprovação diagnóstica: ○ Exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; **(sem validade) ou** ○ Exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) em plasma, leucócito ou fibroblasto **e** da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade de IDS); **e**	- Laudo médico informando a adesão ao tratamento e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, pressão arterial, quantificação do tamanho do fígado (hepatimetria) e do baço; **Periodicidade:** semestral - Dosagem de glicosaminoglicanos na urina. **Periodiciadade**: anual. - Laudo da avaliação do neurodesenvolvimento emitido por médico neurologista. **Periodiciadade**: anual.	**E76.1** PCDT

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

	dosagem de glicosaminaglicanos (GAG) na urina; **(sem validade)** - Laudo de avaliação neurológica **(validade 3 meses)**		
MUCOPOLISSARIDOSE TIPO IV A **(PCDT-MS)** **Alfaelosulfase 1 mg/ml injetável.** Documentação para abertura	- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e informação sobre a presença de sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: Atividade da GALNS em fibroblastos ou leucócitos **E** Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; **OU** Atividade da GALNS em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos **E** Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS. - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) (validade 3 meses); - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias); - Ecocardiograma (validade 180 dias);	- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; **Periodicidade:** semestral - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos (TC6M); - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos; - Ecocardiograma; - Espirometria; **Periodicidade:** semestral no primeiro ano, após, anual.	E76.2 Tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar 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.

MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VI **(PCDT-MS)** **Galsulfase 1mg/ml injetável** Documentação para abertura	- 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 ASB em fibroblastos ou leucócitos **E** Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método **E** Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de Dermatan sulfato (DS) • **OU** • Atividade da *ASB* em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos **E** Atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método **E** Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene *ASB*. - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: • Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M) (validade 3 meses); • Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador) (validade 180 dias);	- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente e a adesão ao número de infusões previstas no período; **Periodicidade:** semestral - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); **Periodicidade:** semestral no primeiro ano, após, anual. - Para pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, acrescentar: Distância percorrida no Teste da caminhada de 12 minutos (TC12M); **Periodicidade:** semestral. Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador); **Periodicidade:** semestral no primeiro ano, após, anual.	**E76.2** Tratamento deve ser feito em serviços especializados com equipe multidisciplinar PCDT

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

MUCOPOLISSARIDOSE TIPO VII (PCDT-MS) **Alfavestronidase 2mg/mL injetável – frasco 5mL** Documentação para abertura	- Laudo médico sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico; **(validade 3 meses)** - Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico: o Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan (SH) e sulfatos de dermatan (SD); **(sem validade)** o Atividade da beta-glicuronidase (GUSB) em fibroblastos ou leucócitos ou sangue impregnado em papel filtro; **(sem validade)** o Variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GUSB **OU** Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) e da iduronato-sulfatase (IDS) em fibroblastos ou leucócitos ou sangue impregnado na mesma amostra; **(sem validade)** - Laudo de avaliação neurológica; **(validade 6 meses)** - Laudo de avaliação oftalmológica (acuidade visual); **(validade 6 meses)** - Distância percorrida no Teste da caminhada de 6 minutos, para pacientes acima de 3 anos (TC6M); **(validade 6 meses)** - Espirometria (Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador), para pacientes com idade superior a 6 anos; **(validade 6 meses)** - Avaliação da mobilidade articular (incluindo flexão de ombro); **(validade 6 meses)**	- Laudo médico informando a adesão ao tratamento e a evolução do quadro clínico do paciente com registro atualizadas do peso e altura, pressão arterial, hepatimetria e medidas do tamanho do baço; **Periodicidade:** semestral - Laudo de avaliação da mobilidade articular (incluindo flexão de ombro). **Periodicidade:** semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo. - Laudo de avaliação oftalmológica (acuidade visual). **Periodicidade:** semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo. - Espirometria (pacientes acima de 6 anos). **Periodicidade:** semestral, se paciente apresentar condições de realizá-lo. - Teste de caminhada de 6 minutos (pacientes acima de 3 anos). **Periodicidade:** semestral. - Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); **Periodicidade:** anual.	**E76.2** PCDT
OSTEOMIELITE CRÔNICA (ESTADUAL) **Ertapenem 1g injetável F/A** **Teicoplanina 400mg injetável F/A** Documentação para abertura *Atualizado em 14/10/2022	- Laudo de cultura com Antibiograma ou Teste de Susceptibilidade antimicrobiana (TSA) demonstrando sensibilidade ao medicamento (ertapenem e/ou teicoplanina) solicitado **(validade 90 dias)**. - Exames laboratoriais: Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP. **(validade 90 dias)**	- Hemograma completo, VHS, PCR ureia, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP. **Periodicidade:** trimestral.	**M46.2** **M86.4** **M86.6** **M86.9** Infectologista (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.

Osteoporose **(Protocolo MS)** **Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A** **Calcitonina 200UI Spray Nasal** **Calcitriol 0,25mcg cáps.** **Pamidronato 60 mg injetável F/A** **Raloxifeno 60mg comp.** **Risedronato 35 mg comp** **Romosozumabe 90mg/mL seringa com 1,17mL (equivalente a Romosozumabe 105mg seringa) (somente mulheres)** Documentação para abertura	**Para Todos:** - Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de osteoporose preenchido pelo médico assistente **(validade 90 dias)** - Densitometria óssea **(validade 1 ano)** - Exames laboratoriais: cálcio sérico, 25- hidroxivitamina D e creatinina ou clearance de creatinina **(validade 90 dias).** - Caso apresente histórico de fratura osteoporótica: anexar laudo da radiografia que evidencia a fratura **(sem validade);** - Caso apresente intolerância ou dificuldades de deglutição aos bisfosfonatos orais: anexar laudo do gastroenterologista e/ou exame de Endoscopia Digestiva Alta referente à doença gastrointestinal **(sem validade).**	**Para todos:** - Densitometria óssea **Periodicidade:** a cada 2 anos. - Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D e cálcio e clearance de creatinina Periodicidade: **semestral** **Romosozumabe:** Período máximo de fornecimento de 1 ano.	M80.0 / M80.1 M81.0 / M81.1 **(APENAS PARA MULHERES)** M80.2 / M80.3 M80.4 / M80.5 M80.8 / M81.2 M81.3 / M81.4 M81.5 / M81.6 M81.8 M82.0 M82.1 / M82.8 M85.8 **(AMBOS OS SEXOS)** PCDT
PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B **PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO** **(Protocolo MS)** **Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral** **Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco**	Para paciente com **previsão de transplante para os próximos 3 meses:** • Doença hepática Crônica Terminal por vírus B: - HBsAg (+) - HBeAg - Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV OU • Hepatite fulminante por vírus B: - Anti-HBc IgM (+). Para paciente **pós – transplantado**: - 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. **Critérios de exclusão:** - Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml; - Portadores de HIV; - Idade < 12 anos;	- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. **Periodicidade:** 1º, 4º e 7º mês. - Anti – HBs, ALT e AST. **Periodicidade:** Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais. - HBsAg. **Periodicidade:** Semestral (não obrigatório).	**B18.0** **B18.1** **B16.0** **B16.2** Infectologista Gastroenterologista (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 15/10/2026

	- Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B.		
PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO **(Critério de Uso - Estadual)** **Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.**	- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (**validade 90 dias**). - Idade maior que 18 anos. - Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, OBRIGATORIAMENTE **com resultado superior a 30ml/min**. *O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no **máximo 90 dias**. Assim, devem constar no processo: 1- exame de clearance de creatinina (**validade 90 dias**); OU 2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (**validade de 90 dias**) e peso atualizado do paciente.	Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte: - Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min). - Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min).	**M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos** **M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos** **M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho** Ortopedista, Cirurgião Vascular, Intensivista (Preferencialmente) Protocolo Estadual
PSORÍASE **(Protocolo MS)** **Acitretina 10mg e 25mg caps.** **Adalimumabe 40mg seringa** (acima 6 anos) **Calcipotriol 50mcg/g pomada** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps**	**Para todos os medicamentos**: - 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 deramatologia (DLQI). ○ o(s) medicamento(s) utilizado(s), tempo de uso e a evolução clínica durante sua utilização **(validade 3 meses)**; - **Exames, exceto para calcipotriol**: ○ Hemograma, Creatinina, AST/TGO e ALT/TGP **(validade 3 meses)**;	**Para todos os medicamentos** - Índice PASI ou DLQI **Periodicidade:** semestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina. **Periodicidade:** Trimestral nos primeiros 6 meses. Após, semestral. **Para Acitretina:** - Colesterol total e frações e triglicerídeos Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral. - Beta HCG atual em mulheres em idade fértil **Periodicidade:** Mensal	**L40.0** **L40.1** **L40.4** **L40.8** Dermatologista (Preferencialmente) 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.

Ciclosporina 100mg/mL sol. oral (frasco de 50 ml) **Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar** **Etanercepte 25mg e 50mg seringa** **Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável** **Risanquinumabe 150 mg/mL injetável** (acima de 18 anos) **Secuquinumabe 150 mg/mL injetável** (acima de 18 anos) **Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável** Documentação para abertura	**Para Acitretina, acrescentar:** - Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose **(validade 3 meses)** - Beta HCG **(validade 30 dias)** ou documento médico que ateste a esterilização **(sem validade)** em mulheres em idade fértil - Para Crianças: Raio X de mãos e punhos **(validade 1 ano**). **Para Calcipotriol, acrescentar:** - Cálcio Sério **(validade 3 meses).** **Para Metotrexate, acrescentar:** - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização **(sem validade)** em mulheres em idade fértil. **Para Adalimumabe, Etanercepte,** Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe, **acrescentar:** - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: 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);**	- Para crianças: Raios-X de mãos e punhos. **Periodicidade:** Anual.	
PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS) **Ciproterona 50mg comp.** **Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida** **Leuprorrelina 3,75 mg e 45mg injetável** **Triptorrelina 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável** Documentação para abertura *Atualizado em 26/12/2022	- Relato médico informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios **(validade 3 meses)** - Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas **(validade 3 meses)** - Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (**validade 3 meses**); - 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)**;	**Para todos:** - Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner. **Periodicidade:** Trimestral. - Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina. **Periodicidade:** no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose - Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea. **Periodicidade:** Anual. Para Ciproterona, acrescentar: - ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas. **Periodicidade**: semestral	**E22.8** Endocrinologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico. 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 15/10/2026

	- 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 bilirrubina (**validade 3 meses**). **Observação 2: para o teste de provocação: documentos necessários estão em termo específico.** Formulário Teste Leuprorrelina Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprorrelina		
RAQUITISMO E OSTEOMALÁCEA (Protocolo MS) **Burosumabe 10mg/mL, 20mg/mL e 30mg/mL Injetável** (início de tratamento com idade entre 1 a 17 anos) **Calcitriol 0,25mcg cáps** **Fósforo elementar 15mg/mL (solução oral fosfatada)** (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 3 do PCDT) **Fósforo elementar 250mg cáps** (Formulação manipulada - composição conforme Quadro 4 do PCDT) Documentação para abertura	**Para todos:** - Dosagens séricas de 25-Hidroxivitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, ALT/TGP, AST/TGO, creatinina, uréia, potássio (validade 90 dias) - Dosagem urinária de cálcio, de fósforo, clearance de creatinina, medida de pH e densidade urinária (validade 90 dias) - Gasometria venosa (validade 90 dias) - Radiografia de Antebraço e Joelho (validade 1 ano) **Para Burosumabe, acrescentar:** - Diagnóstico genético de HLX (sem validade) **Exames não obrigatórios:** - Análise histológica do osso, com marcação por tetraciclina (sem validade)	**Para todos:** - Radiografia das áreas afetadas. **Periodicidade:** No 1º e o 3° mês de início de tratamento. Após, trimestral. **Para burosumabe:** - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, 25-Hidroxivitamina D. **Periodicidade:** No 1º, 3° e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral. - Dosagem urinária de cálcio, fósforo e creatinina. **Periodicidade:** No 1º, 3° e 6º mês de início de tratamento. Após, semestral. - Ultrassonografia de rins e vias urinárias. **Periodicidade: semestral no primeiro ano.** Após, anual. **Para Calcitriol, acrescentar:** - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina. **Periodicidade: mensal nos primeiro três meses. Depois, Trimestral** até manutenção do tratamento. Após, semestral. - Dosagem urinária de cálcio. **Periodicidade: mensal nos primeiros três meses. Depois, trimestral** até manutenção do tratamento. Após, semestral. - Ultrassonografia de rins e vias urinárias. **Periodicidade:** 1º ano. Após, anual ou bianual conforme orientação médica. **Para solução oral fosfatada ou cápsula de fósforo elementar, acrescentar:** - Dosagens séricas de cálcio, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina. **Periodicidade: Trimestral.**	**E55.0** **E55.9** **E64.3** **E83.3** **M83.0** **M83.1** **M83.2** **M83.3** **M83.8** **Endocrinologista (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.

		- Dosagem urinária de cálcio. **Periodicidade: Trimestral** - Dosagens séricas de PTH e Ultrassonografia de rins e vias urinárias. **Periodicidade: anual.**	
RETOCOLITE ULCERATIVA (Protocolo MS) **Azatioprina 50 mg comp.** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Mesalazina 400 mg, 500 mg e 800 mg comp.** **Mesalazina 250mg, 500mg e 1000mg supositório** **Mesalazina 2g sachê** **Mesalazina enema 1g + diluente 100ml**	**Para todos:** - Relato médico informando detalhadamente a clínica do paciente, tratamentos prévios realizados e recaída doença/ano (**validade 3 meses**); - Laudo dos exames: Endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (**validade 1 ano**); e Histopatológico (**sem validade**) *. *em caso de diagnóstico recente ou doença ativa poderá ser solicitado exame recente. **Para Azatioprina, acrescentar:** - Hemograma Completo, AST/TGO, ALT/TGP (**validade 3 meses**). **Para Ciclosporina, acrescentar:** - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio (**validade 3 meses**). **Para Sulfasalazina e Mesalazina, acrescentar:** - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina (**validade 3 meses**).	Para **Azatioprina:** **-** Hemograma completo, AST/TGP e ALT/TGO. **Periodicidade:** Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral. Para **Ciclosporina**: - Ureia, Creatinina sérica, Ácido Úrico, Potássio, Lipídios e Magnésio. **Periodicidade:** Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral. Para **Sulfassalazina e Mesalazina:** - Hemograma, EQU (EAS) e creatinina. **Periodicidade:** Semestral. Para **Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:** - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. **Periodicidade**: Trimestral. Para otimização de dose de **Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe:** - Demonstração de doença ativa, determinada por	**K51.0** **K51.2** **K51.3** **K51.5** **K51.8** Gastroenterologista Proctologista (Exclusivamente) PCDT

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

Sulfassalazina 500 mg comp. **Infliximabe 100mg F/A** (acima 6 anos) **Tofacitinibe 5mg comp.** (acima 18 anos) **Vedolizumabe 300mg F/A** (acima 18 anos) Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	**Para Infliximabe, Tofacitinibe e Vedolizumabe, acrescentar:** **-** Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: o PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); o Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**); o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**); o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina (**validade 3 meses**); o Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. - Para substituição/troca entre eles: o Laudo de exame endoscópio (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) (**validade 1 ano**).	sintomas clínicos em laudo médico ou por marcadores biológicos de inflamação ou por achados endoscópicos (colonoscopia). **Periodicidade:** Anual.	
SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (Linha de Cuidado MS) **Clopidogrel 75mg comp.**	- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME); - Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Sindrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana; - No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista; - No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta. *** Validade 90 dias**	-	**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** Cardiologista (Preferencialmente) Síndromes Coronarianas Agudas
SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR (Protocolo MS) **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Ciclofosfamida 50 mg drágea** **Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos** **Filgrastim 300mcg injetável F/A**	Para **Ciclosporina, Ciclofosfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina**: - Biópsia e/ou aspirado de medula óssea **(sem validade)** - Hemograma completo **(validade 90 dias)** - Contagem de reticulócitos **(validade 90 dias)** **-** Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 **(validade 90 dias)** - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV **(validade 1 ano)** - Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão **(validade 90 dias)** e Sorologia para parvovírus B19 **(validade 180 dias)**	**Para Ciclosporina:** - Hemograma completo e contagem de reticulócitos - Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio. **Periodicidade:** semestral ou a cada alteração de dose. **Para Ciclofosfamida:** - Hemograma completo e contagem de reticulócitos. - Dosagem de creatinina e ureia. **Periodicidade:** na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses. **Para Eltrombopague:** - Hemograma completo e contagem de reticulócitos.	**D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)** **D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)** **D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)** **D61.0 (exceto Ciclofosfamida)**

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 15/10/2026

Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	**Para Filgrastim:** **-** Biópsia e/ou aspirado de medula óssea **(sem validade)** - 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm³ ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas **(validade 90 dias)** **-** Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 **(validade 90 dias)** - Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV	- Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas **Periodicidade:** semestral ou a cada alteração de dose. **Para Filgrastim - Neutropenias:** - Hemograma completo. **Periodicidade:** mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral. **Obs.:** O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.	**D61.1 (exceto Ciclofosfamida)** **D61.2 (exceto Ciclofosfamida)** **D61.3 (exceto Ciclofosfamida)** **D61.8 (exceto Ciclofosfamida)** **D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)** **D70 (apenas Filgrastim)** **Z94.8 (apenas Filgrastim)** Hematologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia. PCDT
SINDROME DE GUILLAIN-BARRE (Protocolo MS) **Imunoglobulina Humana 2,5 g, 5 g F/A** Documentação para abertura	- Laudo Médico detalhado, onde fique evidenciado que se trata de síndrome de Guillain-Barre, com manifestação de déficit motor, e/ou evolução para disfunção respiratória, condição caracterizada como emergência neurológica, onde o uso da imunoglobulina é fundamental (**Validade 90 dias**); - Liquor (com resultado de celularidade e proteína); - Receita em duas vias; -LME; - A dosagem de IgA e exame complementar (estudo neurofisiológico ou anticorpos anti-receptor da acetilcolina), podem ser entregue posteriormente uma vez que seus resultados não são imediatos e trata-se de uma emergência médica.	*** Por ser uma emergência neurológica, pacientes hospitalizados podem ser atendidos. Não será necessário apresentar a ALTA HOSPITALAR para retirada do medicamento.	**G61.0** 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 15/10/2026

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI) **(Critérios de uso – Estadual)** **Pramipexol 0,25mg** Documentação para abertura	- Laudo médico relatando ser o paciente portador de SPI; -Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio; - Dosagem de ferritina sérica; - Uréia e creatinina; - Paciente maior que 18 anos. *** Validade 90 dias**	- Laudo médico relatando resposta clínica do paciente ao tratamento. **Periodicidade:** Trimestral. - Uréia e Creatinina. **Periodicidade:** Trimestral no primeiro ano. Após, semetralmente.	**G25.8** Neurologista (Obrigatoriamente) Protocolo Estadual
SÍNDROME DE TURNER (Protocolo MS) **Somatropina 4 UI e 12 UI F/A** Documentação para abertura	**Para todas as idades:** - Determinação de Cariótipo em sangue periférico (**sem validade**); -TSH e T4 livre (**validade: 3 meses**). **Se idade entre 02 e 05 anos:** - Curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS)* (**validade: 03 meses**); **Se idade acima de 05 anos:** - Curva de crescimento do *National Center for Health Statistics* (NCHS)* (**validade: 3 meses**); - Radiografia de mãos e punhos (**validade: 03 meses**). *Obs: se possível, anotar ao menos 02 medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas.	- Medidas de estatura e peso corporal acompanhadas pelas curvas de crescimento. **Periodicidade**: Semestral. - TSH e T4 livre. **Periodicidade:** Anual. - Radiografia de mãos e punhos com determinação de idade óssea. **Periodicidade:** Anual. - IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 ou somatomedina C). **Periodicidade:** Anual ou quando houver ajuste de dose. **Após 10 anos de idade, acrescentar:** - AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, Glicose jejum e hemoglobina glicada. **Periodicidade**: anual - Dosagem de vitamina D. **Periodicidade:** a cada 02 anos.	**Q96.0** **Q96.1** **Q96.2** **Q96.3** **Q96.4** **Q96.8** Endocrinologista Geneticista Endocrinopediatra (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 15/10/2026

SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS E HIRSUTISMO (Protocolo MS) **Ciproterona 50 mg comp.** Documentação para abertura	*** Validade 90 dias:** - Ultrassonografia pélvica; - Diagnóstico de SOP com irregularidade menstrual e evidência clínica de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia androgênica) ou evidência laboratorial de hiperandrogenismo (nível sérico de testosterona); - Diagnóstico de hirsutismo idiopático com ciclos regulares e ovulatórios, hirsutismo isolado e ausência de ovários policísticos à ultrassonografia pélvica; - Medida sérica de 17-hidroxiprogesterona; - Prolactina sérica; - Glicemia de jejum e após sobrecarga de 75g de glicose (para mulheres obesas ou com história familiar de diabetes melito); - Sulfato de deidroepiandrostestosterona; - TSH; - Colesterol total, HDL e triglicerídeos (para pacientes com suspeita de síndrome metabólica); - TGO, TGP e bilirrubinas; - Beta HCG **atual** em mulheres em idade fértil (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**).	- TGO, TGP e bilirrubinas. **Periodicidade:** Semestral. - Dosagem sérica de testosterona. **Periodicidade:** Após 3 meses do tratamento (para determinar a eficácia clínica e os níveis de androgênios).	**E28.0** **E28.2** **L68.0** Ginecologia Endocrinologia (Exclusivamente) Devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia. PCDT
SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO (Protocolo MS) **Alfaepoetina 10.000UI F/A** **Filgrastim 300mcg injetável F/A** **Talidomida 100 mg comp** Documentação para abertura ***Atualizado em 08/12/2022**	- Relato médio informando a categoria de risco do paciente de acordo com os seguintes escores: * Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS), categorizado em: Baixo, Intermediário 1, Intermediário 2 ou Alto risco; **ou** * Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R), categorizada em: Muito baixo, Baixo, Intermediário Alto e muito alto. Neste caso, deve-se informar a pontuação obtida do paciente. - Hemograma completo (**validade 3 meses**). **Para Filgrastim, acrescentar:** - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso.	**Para Alfaepoetina:** - Hemograma completo **Periodicidade:** mensal, pelo menos até o primeiro semestre. Após, se resposta completa, trimestral. **Para Filgrastim:** - Hemograma completo **Periodicidade:** mensal até a definição da dose ideal de acordo com a necessidade e resposta. Após, trimestral. **Para Talidomida:** - Hemograma completo, fosfatase alcalina e AST/TGO e ALT/TGP **Periodicidade:** trimestral.	**D46.0** **D46.1** **D46.4** **D46.7** Hematologista (Exclusivamente) . 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 15/10/2026

	Para Talidomida, acrescentar: - Relato médico informando resposta ao tratamento com Alfaepotina e seu tempo de uso. - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**). - Documentos exigidos conforme RDC nº 11/2011 da ANVISA: * Notificação de receita de talidomida; * Termo de Responsabilidade/Esclarecimento específico para o usuário da Talidomida	- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil **Periodicidade:** Mensal	
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS (Protocolo MS) **Ciclofosfamida 50 mg drágea** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** Documentação para abertura *Atualizado em 29/12/2025	- biópsia renal (diagnóstico histopatológico de biópsia renal); - proteinuria 24 h ou índice proteina/creatinina(IPC) em amostra de urina; - EAS; - albumina sérica; - colesterol total, HDL e triglicerídeos; - creatinina sérica ou clearance de creatinina; - hemograma completo e contagem de plaquetas; - glicose; -TGO,TGP; - laudo médico (LME) informando se foi descartado causas secundárias como diabetes melito, hepatites virais, soropositividade para HIV, sífilis, colagenoses, infecções virais ou bacterianas, uso de medicamentos, neoplasias, etc. *** Validade 3 meses** - Beta HCG **atual** em mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) (para ciclofosfamida);	- Creatinina sérica, proteinúria 24 horas ou índice proteína/cretainina em amostra de urina, albumina sérica, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EAS, hemograma completo e glicose. **Periodicidade:** A cada 3 meses. Para **Ciclofosfamida:** - Hemograma completo, TGO, TGP. **Periodicidade:** Mensal. Para **Ciclosporina:** - Dosagem sérica de ciclosporina e creatinina. **Periodicidade:** Mensal.	**N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8 N04.9** Nefrologista (Exclusivamente) Devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados. PCDT
SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES - (Protocolo MS) **Ciclofosfamida 50mg drágea** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Tacrolimo 1 e 5mg cáps.** Documentação para abertura	**Para todos**: - 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 **Cópia dos exames (validade 3 meses):** - Proteinúria ou Índice de proteinúria/creatininúra - Albumina sérica - Hemograma, Creatinina, Colesterol total e triglicerídeos - EQU(EAS) - Sorológicos para rastreio de doenças infecciosas: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, fator antinuclear (FAN) e IgG e IgM anti-toxoplasmose	**Pra todos:** - Albumina sérica; - Colesterol total e triglicerídeos; - Hemograma; - Glicose; - EQU(EAS); - Creatinina sérica; - Indice proteinúria/creatinúria. **Periodicidade:** Trimestral. **Para ciclosporina, acrescentar:** - Dosagem sérica de ciclosporina **Periodicidade:** trimestral no primeiro semestre, após	**N04.0/ N04.1/ N04.2 N04.3/ N04.4/ N04.5 N04.6/ N04.7/ N04.8** Nefrologista (Preferencialmente) É recomendável que os pacientes sejam acompanhados, especialmente na fase aguda, em serviços especializados em nefrologia.

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**	**Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos, acrescentar:** - Biópsia renal em crianças menores de 1 ano de idade ou idade acima de 8 anos ou pacientes com resistência a corticosteroides ou hematúria macroscópica ou hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído **(sem validade)**; **Para tacrolimo, acrescentar:** - Relato médico informando a ocorrência de hipertricose ou hiperplasia gengival associado ao uso da ciclosporina **(validade 90 dias)**	semestral. A solicitação de outros exames deve ser individualizada.	PCDT
SOBRECARGA DE FERRO (Protocolo MS) **Desferroxamina 500 mg F/A** **Deferiprona 500 mg comp** **Deferiprona 1000mg comp de lib prolongada.** (recém incorporado, ainda não disponível) **Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.** Documentação para abertura	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico detalhando o diagnóstico **(validade 3 meses);** - ferritina sérica **(validade 3 meses) ou** biópsia hepática **(validade 12 meses) ou** ressonância magnética por T2* cardíaca ou hepática **(validade 12 meses);** - saturação de transferrina, creatinina, AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas **(validade 3 meses).** Para **Deferiprona, acrescentar:** - Hemograma (**validade 3 meses**). - Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. Para **Desferroxamina, acrescentar**: - Acuidade visual e auditiva **(validade: 6 meses).**	Para **Todos:** - Ferritina sérica, saturação de transferrina, creatinina, AST/TGO, AL/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas. **Periodicidade:** Trimestral. Para **Deferiprona, acrescentar:** - Hemograma. **Periodicidade:** Mensal, nos primeiros 3 meses. Após, trimestral. Para **Desferroxamina, acrescentar**: - Acuidade visual e auditiva. **Periodicidade:** Anual.	**T45.4** **E83.1** Hematologista (Preferencialmente) PCDT
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I (Protocolo MS) **Clozapina 25mg e 100mg comp.** **Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.** **Olanzapina 5mg e 10 mg comp.** **Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300mg comp.** **Risperidona 1mg e 2mg comp.** Documentação para abertura	- Dados antropométricos: peso, altura e IMC e três medidas de pressão arterial em datas diferentes. **-** 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, diabete melito e outras comorbidades – (**validade 90 dias**). **Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona**: - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídios, glicemia de jejum (**validade 3 meses**). **- Para Lamotrigina:** **-** Hemograma completo, TGO e TGP (**validade 3 meses**).	**Para todos os medicamentos:** - Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC **Periodicidade:** 3,6 e 12 meses, após anual. **Para Lamotrigina:** - Hemograma, TGO e TGP **Periodicidade:** Anual **Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:** - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios. **Periodicidade:** Trimestral no primeiro ano, após anual.	**F31.1** **F31.2** **F31.3** **F31.4** **F31.5** **F31.6** **F31.7** Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (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 15/10/2026

		Para Clozapina: **-** hemograma **Periodicidade:** mensal - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios e prolactina **Periodicidade:** Trimestral no primeiro ano, após anual. - Prolactina. **Periodicidade:** Anual	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). PCDT
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE **(Protocolo Estadual)** **Metilfenidato 10mg comp lib imediata*** **Metilfenidato cáp lib prolongada de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg*** **Metilfenidato comp lib prolongada 18mg, 36mg e 54mg*** Verificar apresentações disponíveis conforme Nota Técnica Documentação para abertura	**Para todos:** **-** Relato médico informando o tratamento não farmacológico prescrito ao paciente **(validade 3 meses);** **-** Dosagem de TSH e T4 livre recente **(validade 6 meses);** **-** Formulário para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade preenchido (**validade 3 meses).** **Para Metilfenidato de liberação prolongada:** - Laudo médico com descrição detalhada dos problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg de liberação imediata com comprometimento de eficácia, informando tempo de uso e posologia adotada **(validade 3 meses).**	**Para todos:** - laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos. **Periodicidade:** semestral - Cópia dos exame de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4 livre. **Periodicidade:** anual	**F90.0** **F90.1** **F90.8** **F90.9** Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos): Pediatra Psiquiatra Neurologista (Exclusivamente) Para adultos (Acima de 19 anos): Psiquiatra (Exclusivamente) Protocolo Estadual
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO **(Protocolo MS)** **Clozapina 25 e 100mg comp.**	Para todos: - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum (**validade 3 meses**). Para **Clozapina, acrescentar**:	Para todos: - Dosagens de Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, Glicemia de jejum. **Periodicidade**: Anual. Para **Clozapina, acrescentar**:	**F25.0** **F25.1** **F25.2** Psiquiatra (Exclusivamente)

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

Olanzapina 5 e 10mg comp. **Quetiapina 25mg, 100mg, 200mg e 300 mg comp.** **Risperidona 1mg e 2mg comp.** **Ziprasidona 40mg e 80mg comp.** Documentação para abertura	- Hemograma Completo (**validade 3 meses**).	- Hemograma Completo. **Periodicidade**: Mensal.	Deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental. PCDT
TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (Protocolo MS) **Azatioprina 50 mg comp.** **Ciclofosfamida 50 mg comp.** **Danazol 100mg e 200mg cáps.** **Eltrombopague 25mg e 50mg comp.** **Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.** **Rituximabe 500mg F/A** (indisponível: item ainda não ofertado pelo MS para esta indicação) **Romiplostim 250mcg/0,5mL pó para solução inj.** Documentação para abertura	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico detalhando o diagnóstico de PTI primária, o tempo de diagnóstico e os tratamentos prévios realizados (**validade 3 meses**); - Hemograma completo (**validade 1 mês**). - Para pacientes acima de 18 anos: Exigido somente uma vez no início de qualquer um dos medicamentos, não necessário para substituição: ○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**). **Para Azatioprina e Eltrombopague, acrescentar:** - ALT/TGP, AST/TGO, bilirrubinas e GGT (**validade 3 meses**). **Para Danazol, acrescentar:** **-** Beta HCG em mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**). **Para Rituximabe, acrescentar:** - Dosagem sérica das imunoglobulinas (**validade: 3 meses**). - PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); - Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**); - Beta HCG em mulheres em idade fértil (**validade 1 mês**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**).	**Para todos os medicamentos:** - Relato médico detalhando a evolução clínica. - Hemograma completo. **Periodicidade**: semestral ou a cada ajuste de dose. **Para Azatioprina e Eltrombopague:** **-** ALT/TGP, AST/TGO, bilirrumbinas e GGT. **Periodicidade:** semestral Para **Danazol:** - Fosfatase alcalina, Colesterol total, DHL e triglicerídeos. **Periodicidade:** trimestral nos primeiros 6 meses e, após, semestral.	**D69.3** Hematologista (Exclusivamente) 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 15/10/2026

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS) **Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável** Documentação para abertura * Atualizado em 13/09/22	• Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual); • Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem; • Hemograma completo; • Creatinina sérica ou clearance de creatinina. **Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):** - História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV): • Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética); • Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT; - Síndrome Antifosfolipídeo (SAF): • Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); **ou** histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; **ou** histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfologicamente normal e sem causa aparente; **ou** histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclampsia ou insuficiência placentária; **e** • Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico **ou** anticardiolipinaIgG e IgM **ou** Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM. - Trombofilia hereditária de alto risco: • Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; **ou** mutação homozigótica para o gene da protrombina; **ou** deficiência da antitrombina III;**ou** Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas. - Trombofilia hereditária de baixo risco: • Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; **ou** mutação heterozigótica para o gene da protrombina; **ou** Deficiência da proteína C ou da proteína S; **ou**	- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. **Periodicidade:** trimestral	D68.8/ I82.0/ I82.1 I82.2/ I82.3/ I82.8 O22.3/ O22.5 Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente) Devem ser encaminhadas para atenção especializada. PCDT

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

	presença de anticorpo antifosfolipídeo na ausência de eventos clínicos.		
SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL DURANTE A GRAVIDEZ (Critério Estadual) **Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável** Enoxaparina *Atualizado em 06/11/2023	- Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica **(atual)**; - Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem; - Hemograma completo; - Creatinina sérica ou clearance de creatinina. - Relato médico especificando a condição clínica da paciente para a anticoagulação: Documentos necessários conforme a indicação clínica: - Para mulheres com de TVP ou TEP durante a gravidez: o Exame de imagem (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) **(validade 6 meses)**. - Para mulheres com prótese mecânica valvular cardíaca: o Exame comprobatório da válvula mecânica (Ecocardiograma ou Laudo do procedimento cardíaco) **(sem validade)** - Para condições mórbidas cardíacas como fibrilação atrial crônica e disfunção ventricular grave: Exame comprobatório da condição mórbida (Eletrocardiograma ou Holter ou ecocardiograma) **(sem validade)**	- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina. Periodicidade: trimestral **- Período de fornecimento:** Durante a gravidez e até seis semanas pós-parto	Não há restrição por CID-10 Ginecologista Hematologista Obstetra (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.

PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) **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 a condição clínica do paciente (**validade 3 meses**); - Exame de imagem evidenciando o TVP/TEP (US doppler dos membros inferiores ou Angiografia/venografia dos membros inferiores ou Tomografia/angio-tomografia de tórax ou Angiografia de vasos pulmonares ou Cintilografia pulmonar) (**validade 6 meses**).	**- Período de fornecimento:** máximo de 10 dias.	Não há restrição por CID-10 Protocolo 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

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

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: ○ Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias ○ Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas. ○ Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas.	Não há restrição por CID-10 Protocolo 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, uréia, 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 (PROTOCOLO MS) **Rituximabe 500mg F/A – injet**. (acima de 18 anos)	- Relato médico detalhado contendo: ○ Descrição dos critérios diagnósticos que confirmam granulomatose com poliangiite (GPA) ou poliangiite microscópica (MPA); ○ Indicação do estágio atual da doença, especificando se o uso do medicamento se destina à terapia de indução ou ao tratamento de recidiva;	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	**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 15/10/2026

Documentação para abertura	○ Caracterização da gravidade das manifestações clínicas, com detalhamento dos órgãos e/ou sistemas acometidos. ○ Descrição do tratamento medicamentoso prévio e, quando aplicável, informação de refratariedade à ciclofosfamida - Exames: ○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT **(validade 3 meses)**. ○ Se comprometimento renal: EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina **(validade 3 meses)**. ○ PPD ou IGRA (**validade 1 ano**); ○ Laudo de Raio X de tórax (**validade 1 ano**); ○ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (**validade 1 ano**); ○ Creatinina (**validade 3 meses**). ○ Beta HCG (**validade 30 dias**) ou documento médico que ateste a esterilização (**sem validade**) em mulheres em idade fértil. ○ Se houver, laudo histopatológico confirmando o diagnóstico	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.	

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
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO **Azatioprina 50 mg (por comprimido)** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** *Atualizado em 29/12/2025	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	**Z94.3** **Z94.2**
TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS **Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI**	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	**Z94.8**

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

ATUALIZADO EM 15/10/2026

injetável (por frasco-ampola) **Azatioprina 50 mg (por comprimido)** **Ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg cáps** **Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)** **Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida)** *Atualizado em 29/12/2025			
OUTRAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS **Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco)** **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)**	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	**D81.0** Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular **D81.1** Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B **D81.2** Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos ou normais de células B **D81.3** Deficiência de adenosinadeaminase [ADA] **D81.4** Síndrome de nezelof **D81.5** Deficiência de purinanucleosídeo fosforilase [pnp] **D81.6** Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade **D81.7** Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade **D81.8** Outras deficiências imunitárias combinadas **D82.0** Síndrome de Wiskott-Aldrich **D82.1** Síndrome de di George

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

DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS:

SITUAÇÃO CLÍNICA **Fórmulas Nutricionais**	**ABERTURA PROCESSO** **(1ª vez)**	**MONITORIZAÇÃO** **(Renovação de Exames)**	**CID-10** **Profissional Especialista**
Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais **F2 –** Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose. **F3** – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.	**- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. **- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B. - Para maiores 6 meses - **Plano alimentar** [4.] **- Curvas** de crescimento com no mínimo 2 registros . - Para crianças menores de 6 meses – **Formulário de informações sobre a amamentação** emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA[2.] **- Formulário de abertura** de processos de fórmulas infantis – ANEXO C.	**- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. Trimestral - Para maiores 6 meses - **Plano alimentar**[4.] – Trimestral **- Curvas** de crescimento com no mínimo 2 registros. - Trimestral	**L50.0** **L58.8** **T78.1** **H13.2** **J20** **T78.0** **K23.8** **K52.2** **L27.2** **K52.2** **R63.8** Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano ou de local referenciado pela SESA. **Médico:** Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).

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 15/10/2026

Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral **P1** – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten. **P7** – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose. **P8** – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.	**- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. **- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B. - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). **- Laudo Médico** com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base[3].	**- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. – Trimestral - Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade). – Trimestral **- Laudo Médico** com CID padronizado em portaria e com CID da doença de base[3] - Semestral	Z93.1 Z93.2 Z93.4 Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista **Médico:** Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).
Fórmulas para Nutrição Enteral **A1** – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, sem adição de lactose, isento de glúten, fonte de proteína a base de caseinato. **A2** – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.	**- Laudo Médico** CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base[3] . **- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. **- Termo** de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais - ANEXO B. **- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento** (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade).	**- Laudo Médico** CID padronizado em portaria e da com CID da doença de base[3] . – Semestral **- LFN** - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - ANEXO A[1]. – Trimestral **- Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento** (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade). - Trimestral	**Z93.1** **Z93.2** **Z93.4** Médico Nutricionista/Médico Nutrólogo Médico ou Nutricionista

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