



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<b>*Atualizado em 01/04/2025</b>	- Informação do estágio da DRC, e se paciente encontra-se em Terapia Renal Substitutiva – hemodiálise ou diálise peritoneal, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte ( <b>validade 90 dias</b> ).		diálise peritoneal).  <a href="#">Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina</a> (PCDT)
<b>ANEMIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – REPOSIÇÃO DE FERRO (Protocolo MS)</b>  <b>Sacarato de Hidróxido de Ferro III 100mg/5mL EV amp.</b>  <a href="#">Anemia na Doença Renal Crônica Reposição de Ferro -Sacarato Hidroxido de Ferro MS</a>	- Hemograma Completo, Hematócrito e hemoglobina ( <b>validade 30 dias</b> );  - Índice de Saturação de Transferrina ( <b>validade 90 dias</b> );  - Ferritina sérica ( <b>validade 90 dias</b> );  - Creatinina Sérica ( <b>validade 90 dias</b> );  - Informação do estágio da DRC, se paciente está em programa de hemodiálise, descrito no próprio LME ou em laudo médico à parte. Caso paciente esteja em tratamento conservador ou diálise peritoneal informar se paciente usou ferro oral e apresentou intolerância gastrointestinal, inadequada adesão ou resposta insuficiente ( <b>validade 90 dias</b> ).	- Hemoglobina e hematócrito. <b>Periodicidade:</b> Mensal.  - Ferritina sérica, Índice de saturação de transferrina e Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.	<b>N18.0</b> <b>N18.8</b>  Nefrologista (Exclusivamente)  Devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia.  <a href="#">Anemia em pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro</a> (PCDT)
<b>ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE (Protocolo MS)</b>  <b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b>  <b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Ciclosporina 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</b>  <a href="#">Anemia Hemolítica Autoimune</a>  *Atualizado em 29/12/2025	- Hemograma completo;  - Teste de Coombs direto;  - Teste para comprovação de hemólise: Reticulócitos <u>ou</u> Desidrogenase láctica (DHL) <u>ou</u> Dosagem de haptoglobina <u>ou</u> Bilirrubina (total e frações).  - <b>Identificação do subtipo:</b> * Para anemia por anticorpos quentes: Detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou anti-IgA, <u>OU</u> * Para doença das aglutininas a frio (crioaglutininas): apresentar complemento ligado por anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos superiores a 1:40, <u>OU</u> * Para hemoglobinúria paroxística a frio: Apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.  <b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina e aferição da pressão arterial.  <b>* Validade dos exames - 90 dias.</b>	- Hemograma com contagem de plaquetas, DHL, reticulócitos e haptoglobina (a Hemoglobina deve ser mantida acima de 10 g/dl para garantir melhora dos sintomas clínicos). <b>Periodicidade:</b> Trimestral.  <b>Para Ciclofosfamida:</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> Mensal ou em caso de mudança de dose.  - ALT, AST, GGT e bilirrubinas. <b>Periodicidade:</b> Mensal até 6 meses, depois trimestralmente.  <b>Para Ciclosporina:</b> - Nível sérico do fármaco, creatinina e aferição da pressão arterial. <b>Periodicidade:</b> Mensal.  <b>Para Imunoglobulina:</b> - Nível sérico de Creatinina e hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.	<b>D59.0</b> <b>D59.1</b>  Hematologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados em Hematologia.  <a href="#">Anemia Hemolítica Autoimune</a> (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 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p>Naproxeno 500mg comp.</p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</p> <p>Tofacitinibe 5mg</p> <p><a href="#">Artrite Psoriaca</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>			
<p><b>ARTRITE REATIVA - DOENÇA DE REITER (Protocolo MS)</b></p> <p>Sulfassalazina 500mg comp.</p> <p><a href="#">Artrite Reativa</a></p> <p>* atualizado em 10/08/2021</p>	<p>- 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.</p> <p>(Validade 90 dias).</p>	<p>- Hemograma completo, EAS, Velocidade de sedimentação globular ou hemossedimentação. <b>Periodicidade:</b> no primeiro mês e após, a cada 6 meses.</p>	<p><b>M02.3 M02.1 M03.2 M03.6</b></p> <p>Reumatologista (Preferencialmente).</p> <p><a href="#">Artrite Reativa</a> (PCDT)</p>
<p><b>ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS)</b></p> <p>Abatacepte 250mg injetável – intravenoso (Indisponível - Nota Técnica 003/2023)</p> <p>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo (Acima de 18 anos) (Indisponível - Nota Técnica 003/2023)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável - Frasco- ampola (Uso pediátrico – 2 a 18 anos)</p> <p>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</p> <p>Azatioprina 50mg comp.</p>	<p><b>Para Todos:</b></p> <p>- Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (<b>sem validade</b>).</li></ul> <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 <b>OU</b> SDAI <b>OU</b> CDAI (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b></p> <p>- Avaliação oftalmológica (<b>validade 1 ano</b>).</p> <p><b>Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</b></p> <p>- Creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>- Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): <b>DAS 28 OU SDAI OU CDAI</b>. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral.</p> <p>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b></p> <p>- Avaliação oftalmológica. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Tocilizumabe:</b></p> <p>- Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p> <p><b>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b></p>

**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.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



*atualizado em 29/12/2025			
<p><b>ASMA GRAVE</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Budesonida 200mcg e 400mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</b></p> <p><b>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p> <p><b>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p> <p><b>Mepolizumabe 100mg/mL injetável (acima 18 anos)</b></p> <p><b>Omalizumabe 150mg seringa preenchida (acima de 6 anos)</b></p> <p><a href="#">Asma Grave</a></p> <p>*atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Formulário de inclusão Asma</a></li><li>- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias).</li></ul> <p><b>*ATENÇÃO:</b> Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p> <p><b>Para Mepolizumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma (validade 90 dias);</li><li>- Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias).</li><li>- Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição.</li></ul> <p><b>Para Omalizumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma (validade 90 dias);</li><li>- IgE total (validade 90 dias);</li><li>- IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade);</li><li>- Laudo de exame de imagem do Tórax (Raio-X em PA e Perfil ou tomografia computadorizada) (validade 360 dias).</li><li>- Teste de Controle de Asma - ACT do mês anterior a prescrição.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">pacientes abaixo de 12 anos.</a></li><li>- <a href="#">pacientes acima de 12 anos.</a></li></ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Espirometria.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p><b>Para Omalizumabe e Mepolizumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico informando resposta ao tratamento e o número de exacerbações no período;</li><li>- ACT do último mês.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">pacientes abaixo de 12 anos.</a></li><li>- <a href="#">pacientes acima de 12 anos.</a></li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>J45.0</b> <b>J45.1</b> <b>J45.8</b></p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Asma</a> (PCDT)</p>
<p><b>ASMA</b> (Protocolo Estadual)</p> <p><b>Salmeterol + fluticasona 25mcg + 125mcg aerossol</b></p> <p><b>Montelukaste 4mg sachê e comp.</b></p> <p><a href="#">Asma</a></p> <p>* atualizado em 19/01/2024</p>	<p>- <a href="#">Formulário de inclusão para Asma.</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Espirometria para pacientes acima de 5 anos (validade 180 dias).</li></ul> <p><b>*ATENÇÃO:</b> Na impossibilidade da realização da espirometria, deverá apresentar justificativa pormenorizada desta impossibilidade em relatório médico para avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Espirometria.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>J45.0</b> <b>J45.8</b> <b>J45.9</b></p> <p>Pneumologista Alergista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual para Utilização dos medicamentos Salmeterol + Fluticasona e Montelukaste, no tratamento da Asma</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p><b>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Risperidona 1mg e 2mg comp.</b></p> <p><b>Risperidona sol. oral 1mg/ml solução oral</b></p> <p>Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ter idade maior ou igual a 5 anos;</li><li>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC;</li><li>- Dosagens de colesterol total e frações;</li><li>- Triglicerídeos;</li><li>- Glicemia de jejum.</li></ul> <p><b>(Validade 90 dias).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registro do valor da pressão arterial, idade e dados antropométricos: peso, altura e IMC. <b>Periodicidade:</b> em 3, 6 e 12 meses.</li><li>- Dosagens de colesterol total e frações;</li><li>- Triglicerídeos;</li><li>- Glicemia de jejum;</li><li>- Hemograma completo;</li><li>- Prolactina. <b>Periodicidade:</b> em 3 e 12 meses. Após, anualmente.</li></ul>	<p><b>F84.0 / F84.1 F84.3 / F84.5 F84.8</b></p> <p>Psiquiatra Neurologista (Preferencialmente). Devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar (incluindo, minimamente, um médico com experiência em saúde mental e um psicólogo).</p> <p><a href="#">Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo</a> (PCDT)</p>
<p><b>DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE</b> (Protocolo MS)</p> <p>Biotina 2,5 mg caps.</p> <p><a href="#">Deficiência da Biotinidase</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Teste laboratorial por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase.<b>(sem validade);</b></li><li><b>ou</b></li><li>- Teste colorimétrico qualitativo em cartão de papel-filtro da atividade de biotinidase (resultado da triagem neonatal) <b>(sem validade).</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <b>Periodicidade:</b> Semestral</li></ul>	<p><b>E88.9</b></p> <p><a href="#">Deficiência da Biotinidase</a> (PCDT)</p>
<p><b>DERMATITE ATÓPICA</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p><a href="#">Dermatite atópica</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Formulário para solicitação de medicamento para o tratamento de dermatite atópica</a></li><li>- Hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, uréia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico detalhando a evolução clínica contendo a pontuação atualizada da escala de avaliação da gravidade da doença. Utilizar a mesma escala mencionada no início de tratamento. <b>Periodicidade:</b> semestral.</li><li>- Dosagem sérica de creatinina e uréia. <b>Periodicidade:</b> semestral.</li></ul>	<p><b>L20.0 L20.8</b></p> <p>Alergologista ou Dermatologistas (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Dermatite atópica</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<a href="#">Diabetes Insipido</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Osmolalidade urinária e plasmática;</li></ul> <p>(Validade 90 dias).</p>	anual.	endocrinologista ou nefrologista.).  <a href="#">Diabete Insípido (PCDT)</a>
<p><b>DIABETE MELITO TIPO 2</b> (Protocolo Estadual)</p> <p><b>Insulina Glargina 100 UI/mL (refil de 3 mL)</b> (paciente acima de 2 anos)</p> <p><a href="#">Diabete Melito TIPO 2 (Protocolo Estadual)</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia capilar de jejum (validade 3 meses);</li><li>- Hemoglobina glicada (validade 3 meses);</li><li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 6 meses).</li><li>- <a href="#">Formulário para solicitação de insulina glargina 100UI/mL no tratamento da DM2 e seus exames adicionais a depender da condições clínica</a></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li><li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias. <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li></ul>	<p><b>E10 / E11</b> <b>E10.1 / E11.2</b> <b>E10.2 / E11.3</b> <b>E10.3 / E11.4</b> <b>E10.4 / E11.5</b> <b>E10.5 / E11.6</b> <b>E10.6 / E11.7</b> <b>E10.7 / E11.8</b> <b>E10.8 / E11.9</b> <b>E10.9</b></p> <p>Endocrinologista (preferencialmente)</p> <p><a href="#">Diabete Melito TIPO 2 (Protocolo Estadual)</a></p>
<p><b>DIABETE MELITO TIPO I</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA:</b> Lispro 100 UI/ML (tubete de 3ML) + Caneta Reutilizável (paciente acima de 3 anos)</p> <p>Asparte 100 UI/ML (caneta de 3ML) (paciente entre 1 de 3 anos)</p> <p><b>INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA:</b> Insulina Glargina 100 UI/mL (Tubete de 3mL) + Caneta Reutilizável (Paciente acima de 2 anos)</p> <p>Insulina Degludeca 100UI/mL (Caneta de 3 mL) (Pacientes entre 1 e 2 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum (validade 3 meses);</li><li>- Hemoglobina glicada (validade 3 meses);</li><li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 3 meses).</li><li>- Formulário para solicitação de análogos de insulina Diabete Melito tipo 1 e seus exames adicionais a depender da condição clínica. (<a href="#">LINK</a>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li><li>- Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias. <b>Periodicidade:</b> trimestral e em pacientes controle glicêmico dentro das metas, semestralmente.</li></ul>	<p>E10.0 / E10.5 E10.1 / E10.6 E10.2 / E10.7 E10.3 / E10.8 E10.4 / E10.9</p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Diabete Melito Tipo 1 (PCDT)</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<a href="#">Diabetes Mellitus Tipo 1</a>			
<b>DIABETES MELITO TIPO 2</b> <b>(Protocolo MS)</b>  Dapagliflozina 10mg comp  <a href="#">Diabetes Melito Tipo 2</a>  *Atualizado em 28/02/2024	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados; <a href="#">- Formulário Dapagliflozina</a></li><li>- Hemoglobina glicada (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Glicemia em jejum (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum <b>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</b></li><li>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina <b>Periodicidade: anual</b></li></ul>	<b>E11.2</b> <b>E11.3</b> <b>E11.4</b> <b>E11.5</b> <b>E11.6</b> <b>E11.7</b> <b>E11.8</b> <b>E11.9</b>  Endocrinologista (Preferencialmente)  <a href="#">Diabete Melito Tipo 2</a> (PCDT)
<b>DISLIPIDEMIAS</b> <b>(Protocolo MS)</b>  Acido Nicotínico 250mg comp lib prol, 500mg comp lib prol e 750 comp lib prol.  Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg 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 012/2022)  <a href="#">Dislipidemia</a>  *Atualizado em 11/11/19	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colesterol Total, HDL, Triglicerídeo, TSH, CPK, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li></ul> <p><b>Para Atorvastatina:</b> laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para estatinas e justificativa para impossibilidade de uso da sinvastatina. (<b>validade 90 dias</b>)</p> <p><b>Genfibrozila</b> laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para genfibrozila. (<b>validade 90 dias</b>). e</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Caso paciente apresente triglicerídeo &gt; 200mg/dL e HDL &lt; 40mg/dL, deverá fornecer duas determinações de cada um desses exames num intervalo mínimo de 2 semanas (<b>validade 90 dias</b>)</li></ul> <p><b>Para Ciprofibrato, Fenofibrato e Bezafibrato:</b> Laudo médico que contemple um dos critérios de inclusão para fibratos. (<b>validade 90 dias</b>)</p> <p><b>Para Ácido nicotínico:</b> 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. (<b>validade 90 dias</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- CPK, TGO e TGP. <b>Periodicidade: semestral ou sempre que houver ajuste de dose.</b></li><li>- Colesterol Total, HDL e Triglicerídeo <b>Periodicidade: anualmente.</b></li></ul>	<b>E78.0 / E78.1</b> <b>E78.2 / E78.3</b> <b>E78.4 / E78.5</b> <b>E78.6 / E78.8</b>  Endocrinologista Cardiologista* (Preferencialmente)  * Médicos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids poderão prescrever atorvastatina para pacientes infectados pelo HIV.  <a href="#">Dislipidemia</a> (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 29/12/2025.



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



<p><b>DISTONIAS FOCAIS E ESPASMO HEMIFACIAL (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</b></p> <p><a href="#">Distonias Focais e Espasmo Hemifacial</a></p>	<p>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</p>		<p><b>G24.3</b> <b>G24.4 / G24.5</b> <b>G24.8</b> <b>G51.3 / G51.8</b></p> <p>Neurologista Ortopedista Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomendam-se serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de TBA, contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.</p> <p><a href="#">Distonias e Espasmo Hemifacial</a> (PCDT)</p>
<p><b>DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cápsula</b></p> <p><b>Cinacalcete 30mg e 60mg comprimido</b></p> <p><b>Desferroxamina 500mg frasco-ampola contendo 500mg de pó liofilizado para solução injetável</b></p> <p><b>Paricalcitol ampola de 5mcg/mL contendo 1mL de solução</b></p> <p><b>Sevelâmer 800mg comprimido</b></p> <p><a href="#">Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</a></p> <p>*atualizado em 30/08/2022</p>	<p><b>Para Sevelâmer:</b> <u>Adultos</u> - 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).</p> <p><u>Crianças e adolescentes</u> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica, se acompanha com nutricionista e se faz uso de quelantes de fósforo à base de cálcio (validade 90 dias); - Fósforo sérico (2 determinações, sendo a última com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias).</p> <p><b>Para Calcitriol/Paricalcitol:</b> - Laudo médico contendo informações sobre a DRC: estágio, fase não dialítica ou dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal), e se o paciente foi submetido à paratireoidectomia (validade 90 dias); - Fósforo sérico (1 determinação com validade de 30 dias); - Cálcio sérico total + albumina ou cálcio iônico (1 determinação com validade de 30 dias); - PTH sérico (2 determinações consecutivas, sendo a última com validade de 90 dias).</p>	<p><b>Para Sevelâmer:</b> - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias para pacientes com DRC em diálise; 90 dias para pacientes com DRC em tratamento conservador.</p> <p><b>Para Calcitriol:</b> - 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.</p> <p><b>Para Paricalcitol:</b> - Cálcio sérico total ou iônico; - Fósforo sérico; Periodicidade: 30 dias. - PTH. Periodicidade: 90 dias.</p>	<p><b>N18.2</b> <b>N18.3</b> <b>N18.4</b> <b>N18.5</b> <b>N25.0</b></p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p><a href="#">Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



	<a href="#">Doença de Crohn - Índice de Harvey-Bradshaw PDF</a>		
<p><b>DOENÇA DE POMPE</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG</b> <b>INJETÁVEL</b></p> <p><a href="#">Doença de Pompe</a></p> <p>*Atualizado em 03/08/2022</p>	<p>- Laudo médico descrevendo os sinais e sintomas do diagnóstico de Doença de Pompe Precoce iniciados durante o primeiro ano de vida</p> <p>Exame laboratorial:</p> <p>- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida <b>em fibroblastos ou leucócitos</b>, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método; <b>ou</b></p> <p>- Exame genético de pesquisa de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA:</p>	<p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica, o estado nutricional, o número de infusão realizada no período e adesão ao tratamento</p> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p> <p>- Laudo fonoaudiológico - Laudo de pneumologista - Ecocardiograma.</p> <p><b>Periodicidade:</b> anual</p>	<p><b>E74.0</b></p> <p><a href="#">Doença de Pompe (PCDT)</a></p>



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>DOENÇA DE PAGET</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Ácido Zoledrônico 5mg/100mL F/A</b></p> <p><b>Calcitonina 200UI Spray Nasal</b></p> <p><b>Risedronato 35mg comp.</b></p> <p><a href="#">Doença de Paget</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico detalhando a clínica do paciente, descrevendo, quando presente, a sintomatologia apresentada (validade 6 meses);</li><li>- 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);</li><li>- Fosfatase Alcalina, PTH, Cálcio sérico, Vitamina D, AST/TGO, ALT/TGP, Bilirrubina total e frações (validade 90 dias);</li><li>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);</li></ul> <p><b>Para ácido zoledrônico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de gastroenterologista e/ou exame de endoscopia digestiva alta referente a impossibilidade/contra-indicação de uso aos bifosfonatos orais (validade 180 dias).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fosfatase Alcalina e cálcio sérico;</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral no primeiro ano, após, anual.</p>	<p><b>M88.0</b> <b>M88.8</b></p> <p>Reumatologista Ortopedista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Doença de Paget</a> (PCDT)</p>
<p><b>DOENÇA DE PARKINSON</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Amantadina 100mg comp</b></p> <p><b>Clozapina 25mg e 100mg comp</b></p> <p><b>Entacapona 200mg comp</b></p> <p><b>Pramipexol 0,125mg, 0,25mg e 1mg comp</b></p> <p><b>Rasagilina 1mg comp</b></p> <p><b>Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cáps.</b></p> <p><b>Rivastigmina 9mg e 18mg adesivo transdérmico</b></p> <p><b>Rivastigmina 2mg/mL sol. oral</b></p> <p><b>Triexifenidil 5mg comp*</b> (*item atualmente sem demanda. Após abertura e deferimento do processo, seu</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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 (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Amantadina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ureia e creatinina (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Rivastigmina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico informando data de início da Doença de Parkinson;</li><li>- <a href="#">Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)</a> e <a href="#">Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR)</a> (<b>validade 90 dias</b>)</li></ul> <p>- Exames que documentem o diagnóstico a demência na Doença de Parkinson:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética do encéfalo (validade 24 meses)</li><li>• Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, glicose, TSH, vitamina B12 e ácido fólico (validade 90 dias)</li><li>• Sorologia: VDRL e Anti-HIV (validade 1 ano)</li></ul>	<p><b>Para Amantadina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ureia, creatinina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p><b>Para Clozapina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal.</p> <p><b>Para Entacapona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ALT/TGP, AST/TGO.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 6 meses. Após, semestral</p> <p><b>Para Rivastigmina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR).</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>G20</b></p> <p>Neurologista Geriatra (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Doença de Parkinson</a> (PCDT-MS)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<b>DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM OUTRAS DOENÇAS (MS)</b>  <b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b>  <b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</b>	<p>1. Idade inferior ou igual a 12 anos;</p> <p>2. Confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV através de:</p> <p>2.1. <u>Crianças com idade &lt; 18 meses</u>: quantificação do RNA viral plasmático e detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses devida, sendo um destes após o quarto mês de vida;</p> <p>2.2- Crianças com idade &gt; 18 meses: teste de triagem (ELISA) para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV 2 e pelo menos um teste confirmatório (IMUNOBLOT ou WESTERN BLOT) ou dois testes rápidos;</p> <p>3. <b>Para HIV</b>: laudo médico relatando ocorrência de infecções recorrentes;</p> <p>4. <b>Para púrpura trombocitopênica</b>: laudo médico confirmando o diagnóstico de púrpura trombocitopênica associada ao HIV.</p>	<p>- Creatinina, TGO e TGP. <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p>	<p><b>B20.0 – B20.1</b> <b>B20.2 – B20.3</b> <b>B20.4 – B20.5</b> <b>B20.6 – B20.7</b> <b>B20.8 – B20.9</b> <b>B22.0 – B22.1</b> <b>B22.2 - B22.7</b> <b>B23.0 – B23.1</b> <b>B23.2 – B23.8</b> <b>B24</b></p> <p>Pediatra ou Infectologista (Preferencialmente)</p> <p>Caso Especial: Não consta PCDT específico. Estes Medicamentos estão previstos em outros protocolos, mas que ao ser consequência do HIV, a GEAF parametriza de forma segregada. Tais pacientes são atendidos normalmente em Serviço Assistência Especializados em HIV.</p>
<p><b>DPOC</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Budesonida 200 mcg cápsula inalante ou pó inalante ou aerossol bucal</b></p> <p><b>Budesonida 400 mcg cápsula inalante</b></p> <p><b>Formoterol 12mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p> <p><b>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cápsula inalante ou pó inalante</b></p> <p><b>Umeclidínio + Vilanterol 62,5+ 25mcg pó inalante</b></p> <p><b>Tiotrópio + olodaterol 2,5+2,5mcg solução para inalação oral.</b></p>	<p>- <a href="#">Formulário de inclusão para DPOC</a>;</p> <p>- Espirometria (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR) dentro dos critérios de qualidade das diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT – <b>validade 180 dias</b>.</p> <p>-</p>	<p>- Relato médico em LME ou em laudo médico separado informando parâmetros clínicos: escalo de dispnéia (mMRC ou CAT) e frequência e gravidade das exacerbações.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<p><b>J44.0</b> <b>J44.1</b> <b>J44.8</b></p> <p>Pneumologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<a href="#">DPOC - MS</a> *atualizado em 25/01/2022			
<b>DOR CRÔNICA</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Gabapentina 300mg e 400mg caps.</b>  <b>Codeína 3mg/ml sol. oral, 30mg e 60mg comp.</b> <b>Metadona 5mg e 10mg comp.</b>  <b>Morfina 10mg e 30mg comp.</b>  <b>Morfina 30, 60 e 100 mg liberação prolongada e 10mg/ml sol. Oral</b>  <b>Naproxeno 500 mg comp.</b>  <a href="#">Dor Crônica</a>	<p>Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando:<ul style="list-style-type: none"><li>* os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um;</li><li>* Localização, duração, intensidade e tipo de Dor (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista). Preferencialmente, por meio de escalas que melhor se adapte ao paciente descritas no <b>apêndice A</b> do PCDT-MS (<a href="#">link</a>)</li></ul></li></ul> <p>Para Naproxeno (acrescentar):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico em LME informando diagnóstico de Osteoartrite de joelho e/ou de quadril.</li></ul> <p>* <b>Validade 90 dias.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <b>Periodicidade:</b> Semestral</li><li>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina, uréia, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides. <b>Periodicidade:</b> anual.</li></ul>	<b>R52.1 e R52.2</b> <b>(todos exceto Naproxeno)</b>  <b>M16 / M16.0</b> <b>M16.1 / M16.4</b> <b>M16.5 / M16.6</b> <b>M16.7 / M16.9</b> <b>M17 / M17.0</b> <b>M17.1 / M17.2</b> <b>M17.3 / M17.4</b> <b>M17.5 / M17.9</b> <b>(Somente Naproxeno)</b>  <a href="#">Dor Crônica</a> (PCDT)
<b>DOR CRÔNICA</b> <b>(Critério de Uso – Estadual)</b>  <b>Tramadol 50mg caps.</b> (Acima de 16 anos)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) informando os medicamentos previamente utilizados para alívio da dor e suas respectivas doses e tempo de uso de cada um.</li><li>- Escalas preenchidas de Dor LANSS (classificação da dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto) e de EVA (intensidade da dor).<ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Escala de dor Lanns e EVA - Dor Crônica</a></li></ul></li></ul> <p>* <b>Validade 90 dias.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico em LME informando a evolução clínica do paciente. <b>Periodicidade:</b> Semestral</li></ul>	<b>M15.3 / M19.9</b> <b>M18.9 / M18.2</b> <b>M19.1 / M18.0</b> <b>M19.0 / M25.5</b> <b>M79.6 / M54.5</b> <b>M54.6 / R52.9</b> <b>M54.9 / M43.9</b> <b>M53.9 / M79.0</b>
<b>ENDOMETRIOSE</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS)</b> (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Gosserrelina 3,6mg injetável</b>  <b>Gosserrelina 10,8 mg injetável</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informações sobre a clínica do paciente descritas no próprio LME ou em laudo médico à parte, no qual também deve conter a descrição de tratamento prévio com contraceptivos orais ou progestágenos (sem resposta ao tratamento por 6 meses ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada a endometriose).</li><li>- Laparoscopia / laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM <u>OU</u> resultado de anatomopatológico de biópsia peritoneal.</li></ul>	<p><b>Para Danazol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Contagem de plaquetas, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, creatinina;</li><li>- Exame qualitativo de urina;</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p>	<b>N80.0/ N80.1/ N80.2</b> <b>N80.3/ N80.4/ N80.5</b> <b>N80.8</b>  Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)  Devem ser atendidas em serviços especializados em ginecologia.  <a href="#">Endometriose</a>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<b>Leuprorrelina 3,75 mg</b>  <b>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</b>  <u>Endometriose</u>  *Atualizado 29/12/2025			(PCDT)
<b>ENXAQUECA</b> (Critério de uso – Estadual)  <b>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente maior de 18 anos;</li><li>- Apresentação do Diário de Cefaléia que caracterize padrão de Enxaqueca Crônica;</li><li>- Laudo médico relatando ser o paciente portador de enxaqueca crônica refratária ou à terapia de primeira linha (ex: antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores, bloqueador de canal de cálcio e anticonvulsivantes).</li></ul> <p><b>* Validade 90 dias.</b></p> <p><a href="#">Diário de Cefaléia</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação de DIÁRIO DE CEFALÉIA e laudo médico relatando resposta, pelo menos parcial, ao tratamento realizado.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><a href="#">Diário de Cefaléia</a></p>	<p><b>G43</b> <b>G43.0</b> <b>G43.1</b> <b>G43.3</b> <b>G43.9</b></p> <p>Neurologista</p> <p><a href="#">Topiramato - Critérios de utilização na profilaxia da enxaqueca crônica</a></p>
<b>EPILEPSIA</b> (Protocolo MS)  <b>Clobazam 10mg</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota técnica</a> )  <b>Clobazam 20mg comp.</b>  <b>Gabapentina 300mg e 400mg cáps.</b>  <b>Etossuximida 50mg/ml xarope frasco 120mL</b>  <b>Topiramato 25mg, 50mg e 100mg comp.</b>  <b>Lamotrigina 25mg, 50mg e 100mg comp.</b>  <b>Levetiracetam 250mg, 500mg, 750mg e 1000mg comp.</b>  <b>Levetiracetam 100 mg /ml</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diário de registro de crises (validade 90 dias)</li></ul> <p><a href="#">Diário de crises - Epilepsia</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diário de registros de crises.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p> <p><a href="#">Diário de crises - Epilepsia</a></p>	<p><b>G40.0/ G40.1/ G40.2 G40.3/ G40.4/ G40.5/ G40.6/ G40.7/ G40.8</b></p> <p>Neurologista Psiquiatra Geriatra (Preferencialmente)</p> <p>Exige especialidades de acordo com a clínica do paciente: Clínicos gerais, pediatras e médicos da família: podem controlar com monoterapia as crises epiléticas 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;</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p>solução oral (frasco de 100ml ou de 150 ml)</p> <p><b>Primidona 100mg comp.</b></p> <p><b>Vigabatrina 500mg comp.</b></p> <p><a href="#">Epilepsia</a></p> <p>* Atualizado em 29/09/25</p>			<p>Neurologista pediátrico, neurologista, pediatra, nutrólogo, nutricionista: avaliação para confirmação diagnóstica e possibilidade de tratamento com a dieta cetogênica.</p> <p><a href="#">Epilepsia</a> (PCDT)</p>
<p><b>EPILEPSIAS REFRATÁRIAS ÀS TERAPIAS DISPONÍVEIS NO SUS PARA SÍNDROME DE DRAVET, LENNOX-GASTAUT E NO COMPLEXO DE ESCLEROSE TUBEROSA</b> (Protocolo Estadual)</p> <p><b>CANABIDIOL (CDB) mg/mL com até 0,2% de tetraidrocannabinol (THC) solução oral - frasco</b> (idade acima de 2 anos)</p> <p>(<b>INDISPONÍVEL</b>: item em fase de aquisição. A definição da apresentação farmacêutica ocorrerá em cada processo licitatório, de acordo com o resultado do respectivo processo aquisitivo. Ver Nota Técnica nº 021/2025/GEAF/SESA)</p> <p><a href="#">Nota técnica</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de Dravet, Lennox-Gastaut e no complexo de esclerose; <a href="#">(Link)</a></li><li>- Relato médico (LME ou em laudo à parte) com descrição detalhada das crises e histórico médico, e do tratamento medicamentoso realizado;</li><li>- Diário de crises (<b>validade 90 dias</b>). <a href="#">Diário de crises - Epilepsia</a></li><li>- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO (<b>validade 3 meses</b>).</li><li>- Exames de imagem (<b>sem validade</b>):<ul style="list-style-type: none"><li>o Laudo de Eletroencefalograma compatível com achados com síndrome Lennox-Gastaut ou síndrome de Dravet; <a href="#">QU</a></li><li>o Laudo de Tomografia Computadorizada de Crânio ou de Ressonância Magnética de Encéfalo com laudo, em casos de Complexo da Esclerose Tuberosa.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico quanto à tolerabilidade do tratamento, especialmente quanto a presença de efeitos adversos cognitivos e comportamentais. <b>Periodicidade:</b> Semestral</li><li>- <u>Formulário para solicitação e monitorização do uso de produtos de cannabis no tratamento de síndrome de dravet, lennox-gastaut e no complexo de esclerose</u> <a href="#">(Link)</a> <b>Periodicidade:</b> Semestral</li><li>- Diário de registros de crises. <b>Periodicidade:</b> Semestral</li><li>- Hemograma, creatinina, cálcio, sódio, potássio, magnésio, ALT/TGP e AST/TGO; <b>Periodicidade:</b> Semestral</li></ul>	<p><b>G40.4</b> <b>Q85.1</b></p> <p><b>Neurologista, neuropediatra ou neurocirurgião</b> (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Protocolo Estadual para Utilização de Produtos de Cannabis</a></p>
<p><b>ESCLEROSE SISTÊMICA</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50mg drágea</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5 mg comp e 25 mg/ml sol.inj. Em ampola de 2ml</b></p> <p><b>Sildenafil 25mg e 50mg comp.</b></p> <p><a href="#">Esclerose Sistêmica</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico informando o acometimento visceral predominante e a estratégia terapêutica definida de acordo com o acometimento visceral predominante (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Autoanticorpos específicos para ES (<b>sem validade</b>);</li><li>- Hemograma completo (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul> <p><b>Para Azatioprina</b> - AST/TGO e ALT/TGP (<b>validade 90 dias</b>).</p> <p><b>Para Ciclofosfamida e Metotrexato:</b> - AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina (<b>validade 90 dias</b>).</p>	<p><b>Para Azatioprina:</b> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Ciclofosfamida e Metotrexato:</b> - hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia e creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>M34.0</b> <b>M34.1</b> <b>M34.8</b></p> <p>Reumatologista Pneumologista (Preferencialmente)</p> <p>Recomenda-se a constituição de um centro de referência para</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



			avaliação, acompanhamento e administração de imunossuppressores em casos especiais de ES juvenil.  <a href="#">Esclerose Sistêmica</a> (PCDT)
<b>ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – ELA</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Riluzol 50mg comp.</b>  <a href="#">Esclerose Lateral Amiotrófica</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eletroneuromiografia dos 4 membros (<b>validade 24 meses</b>);</li><li>- Hemograma completo; Ureia; Creatinina; TGO; TGP e Protrombina (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo;</li><li>- TGO/TGP.</li></ul> <b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento, e após, trimestral.	<b>G12.2</b>  Neurologista (Preferencialmente).  <a href="#">Esclerose Lateral Amiotrófica</a> (PCDT)
<b>ESCLEROSE MÚLTIPLA</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Alentuzumabe injetável, 12mg F/A</b> <b>(18 anos)</b>  <b>Azatioprina 50mg comp.</b>  <b>Betainterferona 1A 6.000.000UI (22mcg) e (30mcg) e de 12.000.000UI (44mcg) ser. ou F/A</b>  <b>Betainterferona 1B 9.600.000UI (300mcg) F/A</b>  <b>Cladribina 10mg comp.</b>  <b>Fingolimode 0,5 mg comp. (18 anos)</b>  <b>Fumarato de Dimetila 120mg e 240mg comp (18 anos)</b>  <b>Glatirâmer 40mg (seringa preenchida)</b>  <b>Natalizumabe 300mg F/A (18 anos)</b>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico comprovando o diagnóstico utilizados os critérios de McDonald de 2017 preconizado no PCDT-MS.</li><li>- <b>Exigido uma única vez para abertura de processo, não necessário para substituição/troca de medicamentos:</b><ul style="list-style-type: none"><li>o Ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li><li>o Anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de Vit B12 (<b>validade 3 meses</b>).</li><li>o Exceto para acetato de glatirâmer e betainterferonas:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>▪ Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>).</li><li>▪ HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>▪ Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li></ul></li></ul></li><li>- <b>Necessário para abertura e na substituição/troca de medicamentos:</b><ul style="list-style-type: none"><li>o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>o Valor da Escala EDSS (Escala Expandida do Estado de Disfunção). <a href="#">Escala de EDSS - Esclerose Múltipla</a></li></ul></li></ul> <p><b>Para Alentuzumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Cladribina e ausência de contraindicações ao uso do Alentuzumabe (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li><li>- Creatinina sérica, exames de urina e TSH (<b>validade 3 meses</b>);</li></ul> <p><b>Para Betainterferonas, acrescentar:</b></p>	<p><b>Para TODOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taxa de surtos;</li><li>- Valor da Escala EDSS;</li><li>- Relato médico sobre a ocorrência de eventos adversos</li></ul> <b>Periodicidade: semestral</b>  <p><b>Para Azatioprina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas.</li></ul> <b>Periodicidade: Aos 30 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b>  <p><b>Para Betainterferonas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TSH</li></ul> <b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b>  <p><b>Para Fumarato de Dimetila, Natalizumabe e Teriflunomida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas</li></ul> <b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b>  <p><b>Para Fingolimode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, AST/TGO,</li></ul>	<b>G35</b>  Neurologista (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados.  <a href="#">Esclerose Múltipla</a> (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 29/12/2025.



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



<p><b>Teriflunomida 14mg comp (18 anos)</b></p> <p><a href="#">Esclerose Múltipla</a></p>	<p>- TSH (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p><b>Para Cladribina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- relato médico documentando o diagnóstico de EMRR classificada como de alta atividade e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de Natalizumabe (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>);</li><li>- Hemograma (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul> <p><b>Para Fingolimode, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico justificando falha terapêutica (definido conforme PCDT-MS) ou intolerância ou reações adversas ou falta de adesão à terapia de 1ª linha (Betainterferonas, Glatirâmer ou Teriflunomida ou Fumarato de Dimetila) E informando a ausência de contraindicação ao uso do fingolimode; E que o paciente não apresenta contra-indicação oftalmológica (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul> <p><b>Para Natalizumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico informando a ausência de contraindicação ao uso do Natalizumabe (<b>validade 3 meses</b>), associado a uma das opções abaixo:</li></ul> <p>Opção 1: se EMRR classificada como de alta atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Relato médico documentado este diagnóstico; (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio; (<b>validade 2 anos</b>).</li></ul> <p>Opção 2: se EMRR classificada de baixa ou moderada atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Relato médico documentando este diagnóstico e informando ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de fingolimode (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>o Laudo de exame de ressonância magnética do crânio (<b>validade 2 anos</b>).</li></ul>	<p>ALT/TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas <b>Periodicidade: Aos 30, 60 e 180 dias de tratamento, e após, semestral.</b></p> <p>- Se o paciente for diabético, ou tiver uveíte prévia: avaliação oftalmológica <b>Periodicidade: anualmente.</b></p> <p><b>Para Cladribina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo <b>Periodicidade: 30 dias antes do início do 2º ciclo anual de tratamento</b></li></ul> <p><b>Para Alentuzumabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, gama-GT, fosfatase alcalina, Creatinina sérica, Exame de urina, TSH <b>Periodicidade: 30 dias antes do início do ciclo anual de tratamento.</b></li></ul>	
<p><b>ESPASTICIDADE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 100UI F/A</b></p> <p><b>Toxina Botulínica tipo A 500UI F/A</b></p> <p><a href="#">Espasticidade</a></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li><li>- Relato médico indicando comprometimento funcional, dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculoarticulares (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM).</li></ul>	<p>-</p>	<p><b>G04.1/ G80.0 / G80.1 / G80.2 G81.1/ G82.1 / G82.4/ I69.0 / I69.1 / I69.2/ I69.3 / I69.4 / I69.8 T90.5 / T90.8</b></p> <p><a href="#">Espasticidade (PCDT)</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR</b> (Critério de Uso - Estadual)</p> <p><b>Etexilato de Dabigatran 110mg e 150mg cápsula</b></p> <p><b>Rivaroxabana 15 e 20mg compr.</b></p> <p><a href="#">Fibrilação Atrial Não Valvar</a></p>	<p>- Exame complementar laudado que documente o diagnóstico: eletrocardiograma ou holter.ou teste ergométrico <b>(sem validade)</b>.</p> <p>- Apresentação da Escala de CHA2DS2-VASc com resultado maior ou igual a 2 <b>(sem validade)</b>. <a href="#">Formulário - Escala de CHA2DS2-VASc</a></p> <p>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina <b>(validade 3 meses)</b>.</p>	<p>- Creatinina sérica ou clearance de creatinina. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Obs 1.:</b> Para pacientes em uso de Dabigatran, o clearance de creatinina (ClCr) deve estar maior que 30ml/min.</p> <p><b>Obs 2.:</b> 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.</p>	<p>I48 I63.1</p> <p>Neurologista Cardiologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Rivaroxabana Critérios de Utilização na Fibrilação Atrial</a></p> <p><a href="#">Dabigatran - Critérios de utilização na fibrilação atrial não valvar</a></p>
<p><b>FIBROSE CÍSTICA</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Alfadornase 2,5mg solução injetável *</b></p> <p><b>Elexacaftor 50 mg / Tezacaftor 25 mg / Ivacaftor 37,5 mg + Ivacaftor 75 mg comp.*</b> (Idade entre 6 e 11 anos)</p> <p><b>Elexacaftor 100 mg / Tezacaftor 50 mg / Ivacaftor 75 mg + Ivacaftor 150 mg comp.*</b> (acima de 6 anos)</p> <p><b>Ivacaftor 150mg comp.</b> (acima 6 anos)</p> <p><b>Pancreatina 10.000UI e 25.000UI</b> cáps.</p> <p><b>Tobramicina 300mg solução inalatória *</b></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <p>- Laudo emitido pelo Serviço de Referência Estadual (HINSG ou Hospital Dório Silva) documentando o diagnóstico de Fibrose Cística <b>(sem validade)</b>.</p> <p><b>Para Alfadornase, acrescentar:</b></p> <p>- Relato médico descrevendo os sintomas respiratórios do paciente ou exame de radiológico com evidências de doença pulmonar precoce <b>(validade 3 meses)</b>.</p> <p><b>Para Pancreatina, acrescentar:</b></p> <p>- Relato médico descrevendo os sinais clínicos de má-absorção do paciente <b>(validade 3 meses)</b>.</p> <p><b>Para Ivacaftor, acrescentar:</b></p> <p>- Cópia de exame de uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R <b>(sem validade)</b>.</p> <p><b>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, acrescentar:</b></p> <p>- Relato médico em LME informando dados antropométricos (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC); o número de exacerbações pulmonares e hospitalizações no último ano e medida da pressão arterial <b>(validade 3 meses)</b>;</p> <p>- Cópia de exame de mutação genética F508del no gene CFTR <b>(sem validade)</b>;</p> <p>- Dosagem quantitativa de cloreto no suor atualizado <b>(sem validade – no diagnóstico)</b>;</p> <p>- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO,</p>	<p>- Relato médico informando a evolução clínica e os dados antropométricos atualizados (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) em LME. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e ivacaftor, acrescentar:</b></p> <p>- Hemograma, fosfatase alcalina (FA), gama GT, bilirrubina, ALT/TGP, AST/TGO, CPK, determinação de tempo e atividade da protrombina. <b>Periodicidade:</b> no primeiro mês e trimestral no primeiro ano. Após, anual.</p> <p>- Espirometria <b>Periodicidade:</b> anual</p> <p>- Relato médico informando a resposta terapêutica quanto aos objetivos de eficácia preconizados no PCDT-MS, quais sejam:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estabilização ou aumento do VEF1 em relação ao valor prévio;</li><li>- Redução do número de exacerbações pulmonares e hospitalizações em relação</li></ul>	<p><b>E84.0</b> (exceto pancreatina)</p> <p><b>E84.1</b> (Exceto alfadornase e Tobramicina)</p> <p><b>E84.8</b> (para todos)</p> <p>O PCDT recomenda que a prescrição seja realizada por médico vinculado a Centro de Referência de FC.</p> <p><a href="#">Fibrose Cística</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p>*medicamento dispensado somente nos centros de referências estaduais em Fibrose Cística (HINSG e Dório Silva)</p> <p><b>FIBROSE CÍSTICA</b> (Protocolo MS)</p> <p><a href="#">Fibrose Cística</a></p>	<p>creatinofosfoquinase (CPK), determinação de tempo e atividade da protrombina (<b>validade 3 meses</b>);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Espirometria (<b>validade 6 meses</b>);</li><li>- Laudo de cultura de secreção respiratória (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade) em mulheres em idade fértil.</li></ul> <p><b>Para Tobramicina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo de cultura de secreção respiratória colonizada Pseudomonas aeruginosa (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul>	<p>ao ano anterior;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melhora ou estabilização dos sintomas respiratórios;</li><li>- Melhora do estado nutricional, medido pelo valor IMC adequado à idade, exceto se houver outra explicação;</li><li>- Redução da concentração do cloreto no suor igual ou superior a 20% ou 20mmol/L em relação ao teste pré-modulador.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> 12º mês de uso</p> <p>- Dosagem quantitativa de cloreto no suor <b>Periodicidade:</b> Entre o 3º e 12º mês de uso.</p>	
<p><b>FIBROSE CÍSTICA</b> (Pacientes do HINSG e DÓRIO SILVA – Estado)</p> <p>Budesonida 200mcg cáps inal</p> <p>Formoterol + budesonida 6+200mcg e 12+400mcg cáps inal</p> <p>Insulina glargina 100UI/ML frasco 10ml e refil 3ml</p> <p>Omalizumabe 150mg injetável</p> <p>Salmeterol+fluticasona 125mcg+25mcg e 250mcg+50mcg</p>			<p>E84.0 E84.1 E84.8 E84.9</p>
<p><b>GLAUCOMA</b> (Protocolo MS)</p> <p>Acetazolamida 250mg comprimido</p> <p>Bimatoprost 0,3mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brimonidina 2mg/mL sol oftálmica</p> <p>Brinzolamida 10mg/mL sol oftálmica</p> <p>Dorzolamida 20mg/mL sol oftálmica</p> <p>Latanoprost 0,05mg/mL sol oftálmica</p>	<p>Para abertura do processo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente</a> (<b>validade 3 meses</b>)</li><li>- Campimetria (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) - (<b>validade 1 ano</b>).</li></ul> <p>- Para substituição de medicamentos, necessário apenas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <a href="#">Formulário para solicitação de medicamentos para o tratamento de glaucoma preenchido pelo médico assistente justificando a substituição</a> (<b>validade 3 meses</b>);</li></ul>	<p>- Medida da PIO basal. Periodicidade: <b>semestral</b>.</p> <p>- Campimetria. Periodicidade: <b>anual</b>.</p>	<p>H40.1 H40.2 H40.3 H40.4 H40.5 H40.6 H40.8 Q15.0</p> <p>Oftalmologista (Exclusivamente)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p><b>Pilocarpina 20mg/mL sol oftálmica</b> <b>Timolol 5mg/mL sol oftálmica</b> <b>Travoprost 0,04mg/mL sol oftálmica</b></p> <p><a href="#">Glaucoma</a></p>	<p>- Exames de monitorização anexados no processo em suas respectivas periodicidades</p>		<p><a href="#">Glaucoma</a> (PCDT)</p>
<p><b>HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Eculizumabe 10mg/mL injetável F/A com 30 mL</b> (idade acima de 14 anos)</p> <p><a href="#">Hemoglobinúria Paroxística Noturna</a></p>	<p>- Relato médico descrevendo a história clínica recente e a história transfusional nos últimos seis meses (<b>validade 3 meses</b>);</p> <p>- Cópia do exame de pesquisa de clone por citometria de fluxo (<b>sem validade</b>);</p> <p>- Cópia de exame lactato desidrogenase (<b>validade 3 meses</b>);</p> <p>- Pelo menos, um dos seguintes exames, a depender da clínica: Exame de imagem evidenciando evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (<b>sem validade</b>); ou Cópias de hemograma demonstrando anemia crônica (<b>sem validade</b>); ou Cópia de ecocardiograma com PSAP &gt; 35 (<b>sem validade</b>); ou Cópia do exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (<b>validade 3 meses</b>); ou Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual) (<b>validade 3 meses</b>).</p> <p>- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto) (<b>validade 3 meses</b>);</p> <p>- Exames laboratoriais: Hemograma completo e reticulócitos, Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</p> <p>- <a href="#">Questionário de avaliação da qualidade de vida</a> (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p>- Relato médico descrevendo a evolução clínica. <b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <p>- Cópia de exame lactato desidrogenase, hemograma completo e reticulócito <b>Periodicidade:</b> trimestral.</p> <p>- Teste direto de antiglobulina (teste de Coombs direto), Índice de saturação de Transferrina, ferritina sérica, ureia e creatinina. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p>- <a href="#">Questionário de avaliação da qualidade de vida</a>. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p>	<p><b>D59.5</b></p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p><a href="#">Hemoglobinúria Paroxística Noturna</a> (PCDT)</p>
<p><b>HEPATITE AUTOIMUNE</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p><a href="#">Hepatite Autoimune</a></p>	<p>Relato médico em LME com descrição se há presença de sintomas constitucionais incapacitantes ou cirrose com atividade inflamatória e a pontuação obtida no escore de diagnóstico, sendo:</p> <p>- Para pacientes sem outras doenças autoimunes concomitantes, informar a pontuação obtida no ERDHA; ou</p> <p>- Para pacientes com doenças autoimunes, informar a pontuação obtida nos critérios simplificados para diagnóstico de HAI.</p> <p>Exames sanguíneos utilizados para a pontuação obtida em seu respectivo escore</p>	<p>- Hemograma Completo, ALT/TGP, AST/TGO, Bilirrubina, Gama-GT.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 6 meses de tratamento e, após, trimestralmente.</p>	<p><b>K75.4</b></p> <p><a href="#">Hepatite Autoimune</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<b>HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA</b> (Protocolo MS)  <b>Fludrocortisona 0,1mg comp.</b>  <a href="#">Hiperplasia Adrenal Congenita</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de 17-OH-progesterona em amostra de sangue periférico (basal ou após estímulo com 250mg de ACTH) (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Dosagem de sódio e potássio séricos <u>OU</u> dosagem renina plasmática e aldosterona (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de renina plasmática, sódio e potássio séricos. <b>Periodicidade:</b> Trimestral até o 1º ano de vida, e após, semestral.</li><li>- Registros das medidas de pressão arterial feitas a cada 2 semanas. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</li></ul>	<b>E25.0</b>  Endocrinologista (Preferencialmente)  <a href="#">Hiperplasia Adrenal Congênita</a>
<b>HIPERPROLACTINEMIA</b> (Protocolo MS)  <b>Cabergolina 0,5 mg comp.</b>  <b>Bromocriptina 2,5mg comp.</b> (Indisponível ver Nota Técnica nº 016/2021/GEAF/SESA)  <a href="#">Hiperprolactinemia</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pesquisa de macroprolactina (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Dosagem de prolactina (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Ressonância magnética de sela turca, preferencialmente, <u>OU</u> tomografia computadorizada (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- Dosagem de TSH, TGO, Creatinina (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- βHcG para mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>);</li><li>- Ecocardiografia transtorácica: obrigatório somente para os pacientes com doses altas de <b>cabergolina</b> (&gt; 3 mg/dia ou 20 mg/semana) - (<b>validade 6 meses</b>).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de Prolactina. <b>Periodicidade:</b> Anual ou nos casos de mudança de dose.</li><li>- Ressonância magnética de sela turca em pacientes com macroadenoma. <b>Periodicidade:</b> 3 meses após início do tratamento e posteriormente de acordo com evolução clínica.</li></ul>	<b>E22.1</b>  Ginecologista Endocrinologista (Preferencialmente)  <a href="#">Hiperprolactinemia</a> (PCDT)
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR</b> (Protocolo MS)  <b>Sildenafil 20 mg comp.</b>  <b>Ambrisentana 5mg e 10mg comp.</b>  <b>Bosentana 62,5mg e 125mg comp.</b>  <b>Iloprost 10 mcg/mL solução para nebulização</b>  <b>Selexipague 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg e 1600mcg comp.</b>  <a href="#">Hipertensao Arterial Pulmonar</a>	<p><b>Para início de tratamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cateterismo cardíaco direito com medida de pressão de átrio direito (AD) e de saturação venosa central (SVO<sub>2</sub>) (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Laudo médico informando (<b>validade 3 meses</b>):<ul style="list-style-type: none"><li>o Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar com a classificação de <i>Danna Point</i>;</li><li>o Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li><li>o Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M);</li><li>o Tratamento prévios realizados e a resposta terapêutica.</li></ul></li></ul> <p><b>Para associação ou substituição de medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico informando (<b>validade 3 meses</b>):<ul style="list-style-type: none"><li>o Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li></ul></li></ul> <p>Estratificação de risco do paciente relatando o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).</p>	<p>Para todos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Descrição em LME da avaliação clínica do paciente, informando classe funcional NYHA/OMS e a estratificação de risco do paciente com o resultado do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). <b>Periodicidade:</b> Semestral.</li></ul> <p>Somente para <b>Ambrisentana e Bosentana</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP. <b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após semestral.</li></ul>	<b>I27.0</b> <b>I27.2</b> <b>I27.8</b>  Pneumologista (Preferencialmente)  Devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia  <a href="#">Hipertensão Arterial Pulmonar</a> (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 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato de mofetila 500mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</b></p> <p><b>Tacrolimo 1mg e 5mg caps</b></p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Alta hospitalar ou Laudo médico contendo informação sobre o transplante cardíaco e o esquema de imunossupressor solicitado (indução, manutenção ou rejeição/resgate)</p> <p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>**Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa.</p>	<p>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 <b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Ciclosporina: - Dosagem sérica de ciclosporina, potássio e creatinina. <b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Tacrolimo: - Dosagem sérica de tacrolimo, glicose e creatinina <b>Periodicidade: a critério médico.</b></p> <p>Para Everolimo: - Dosagem sérica do medicamento em uso, hemograma, proteinúria e creatinina <b>Periodicidade: a critério médico.</b></p>	<p><b>Z94.1</b> <b>T86.2</b></p> <p>Devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a> (PCDT)</p>
<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p><a href="#">Imunossupressão do transplante Hepático em Pediatria</a></p>	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes até 18 anos (<b>sem validade</b>);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p>Para <b>Azatioprina</b>: - Hemograma completo, ALT/TGP e AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> na primeira semana e após a cada mudança de dose.</p> <p>Para <b>Ciclosporina e Tacrolimo</b>: - Dosagem sérica. <b>Periodicidade:</b> Mensal no primeiro ano, e após, trimestral.</p>	<p><b>T86.4</b> <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático.</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp.</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp.</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp.</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps.</p> <p>Sirolimo 1mg e 2mg.</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>			
<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTOS (Protocolo MS)</b></p> <p>Azatioprina 50 mg comp</p> <p>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps. (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p>Ciclosporina 100mg cáps</p> <p>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</p> <p>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</p> <p>Micofenolato mofetila 500mg comp</p> <p>Micofenolato de sódico 180mg e 360mg comp</p> <p>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Relato médico com comprovação de transplante hepático em pacientes com idade superior a 18 anos (<b>sem validade</b>);</p> <p>- Resumo de alta hospitalar (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p><b>Para Ciclosporina, Everolimo e Tacrolimo:</b> - Dosagem sérica do respectivo medicamento <b>Periodicidade:</b> quando houver ajuste de dose.</p> <p><b>Para Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio e Everolimo:</b> - Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total e frações, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p><b>Para: Azatioprina</b> - Hemograma completo. <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, TGO, TGP, Gama-GT, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações. <b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p>	<p><b>T86.4</b> <b>Z94.4</b></p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE RENAL (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50mg comp</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p><b>Everolimo 0,5mg, 0,75mg e 1mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato mofetila 500mg comp</b></p> <p><b>Micofenolato de sódio 180mg e 360mg comp</b></p> <p><b>Sirolimo: drágeas de 1 e 2mg</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frascos de 2,5g, 5,0g</b></p> <p><b>Tacrolimo 1mg e 5mg cáps</b></p> <p><a href="#">Imunossupressão do Transplante Renal</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>- Não são exigidos exames iniciais.</p> <p>- Laudo médico ou LME contendo as seguintes informações do transplante renal – validade 90 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Se foi doador vivo relacionado ou não, ou doador falecido (com critério expandido ou não);</li><li>o HLA;</li><li>o Tempo de isquemia;</li><li>o Reatividade contra painel;</li><li>o Se paciente teve intercorrência no PO, como funcionamento tardio do enxerto, rejeição ou qualquer outra intercorrência;</li><li>o Se trata de retransplante.</li></ul> <p>- Alta hospitalar.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p>Para <b>Azatioprina</b></p> <p>- Hemograma completo</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 2 meses de uso e depois a critério médico.</p> <p>- Creatinina sérica, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio e Cloro.</p> <p><b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p>Para <b>Ciclosporina, Tacrolimo, Micofenolato de Mofetila, Micofenolato de Sódio, Sirolimo e Everolimo:</b></p> <p>- Hemograma Completo, creatinina sérica, glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Bilirrubinas totais e frações, colesterol total, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, Cloro, Dosagem Sérica de Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo.</p> <p><b>Periodicidade:</b> a critério médico.</p> <p>Para <b>Ciclosporina, Tacrolimo, Sirolimo e Everolimo:</b></p> <p>- Dosagem sérica do respectivo medicamento quando houver ajuste de dose.</p> <p>** Para conversão de imunossupressor, laudo médico com justificativa e exames que comprovem diagnóstico.</p>	<p><b>Z94.0</b> <b>T86.1</b></p> <p>Nefrologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p><a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a> (PCDT)</p>
<p><b>INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA - DOENÇA DE ADDISON (Protocolo MS)</b></p> <p><a href="#">Insuficiência Adrenal Primária</a></p> <p><b>Fludrocortisona 0,1mg comp.</b></p>	<p>- Dosagem basal de Cortisol e de ACTH <u>ou</u> cortisol após teste de estímulo com 250µg de ACTH (intravenoso ou intramuscular) <u>ou</u> Dosagens séricas da Renina e da Aldosterona (<b>validade: 3 meses</b>).</p>	<p>- Dosagens séricas de renina, sódio e potássio.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>- Solicitar registros das medidas de pressão arterial.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p><b>E27.1</b> <b>E27.4</b></p> <p>Endocrinologista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Insuficiência Adrenal</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p><b>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA</b></p> <p><b>Dapagliflozina 10mg comp</b></p> <p><b>Sacubitril Valsartana Sódica 50mg, 100mg e 200mg comprimido</b></p> <p><a href="#">Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida</a></p> <p><i>* Atualizado em 17/10/2024</i></p>	<p>- Relato do médico assistente informando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Quadro clínico detalhado e classe funcional NYHA em que o paciente se encontra;</li><li>- Tratamento prévio com descrição dos medicamentos utilizados (<b>validade 3 meses</b>).</li><li>- 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));</li></ul> <p>Para <b>sacubitril valsartana</b>, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) ou da porção n-terminal do peptídeo natriurético tio B (NT-ProBNP) (<b>sem validade</b>);</li></ul>	<p>- Relato médico informando a evolução clínica do paciente em LME. <b>Periodicidade: semestral.</b></p>	<p><b>150.0</b> <b>150.1</b> <b>150.9</b></p> <p><a href="#">Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida</a> (PCDT)</p>
<p><b>INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Pancreatina 10.000 ou 25.000 UI cápsulas</b></p> <p><a href="#">Insuficiencia Pancreatica Exocrina</a></p>	<p>- Diagnóstico laboratorial de Esteatorréia (<b>3 meses validade</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- teste de elastase pancreática fecal; ou gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal</li></ul> <p><b>Associado a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exame de imagem com alterações condizentes com pancreatite crônica (sem validade):</li><li>- 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.</li></ul> <p><b>Exceção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Em casos de câncer pancreático, somente: laudo médico associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</li><li>- Em casos de ressecções pancreáticas, somente: laudo cirúrgico ou cópia de exame de imagem, associado a diagnóstico clínico de esteatorréia (sem validade).</li></ul>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica e o Índice de Massa Corporal (IMC) em LME. <b>Periodicidade: semestral.</b></p>	<p><b>K86.0</b> <b>K86.1</b> <b>K90.3</b></p> <p>Gastroenterologista (Preferencialmente).</p> <p><a href="#">Insuficiência Pancreática Exócrina</a> (PCDT)</p>
<p><b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA (Mini-protocolo Estadual)</b></p> <p><b>Oxibutinina 5 mg</b></p> <p><b>Oxibutinina 10 mg</b></p> <p><b>Tolterodina 4 mg*</b> (Registro descontinuado temporariamente na ANVISA - Nota Técnica nº012/2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo médico descrevendo a incontinência urinária decorrente de uma das doenças relacionadas no CID-10 aprovados (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- Laudo médico descrevendo que foram adotadas as medidas recomendadas sobre o controle da ingestão de líquidos e sobre a terapia comportamental, que colaboram no processo terapêutico (<b>validade 90 dias</b>).</li></ul>	<p>-</p>	<p><b>R32</b> <b>N30.0 / N31.0 / N31.9</b> <b>N32.0 / N33.0 / N39.0</b></p> <p>Urologista Nefrologista (Preferencialmente)</p> <p><a href="#">Oxibutinina - (cloridrato de oxibutinina) e Tolterodina (tartarato de tolterodina) - Critérios de utilização</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<b>LEIOMIOMA DO ÚTERO</b> (Protocolo MS)  <b>Gosserrelina 3,6mg injetável</b>  <b>Gosserrelina 10,8 mg injetável</b>  <b>Leuprorrelina 3,75 mg</b>  <b>Triptorrelina 3,75mg e 11,25mg injetável</b>  <a href="#">Leiomioma</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<ul style="list-style-type: none"><li>- Histerosalpingografia <u>OU</u></li><li>- Histeroscopia <u>OU</u></li><li>- Histerossonografia <u>OU</u></li><li>- Ultrassonografia (transabdominal ou transvaginal) <u>OU</u></li><li>- Tomografia computadorizada <u>OU</u></li><li>- Ressonância magnética <u>OU</u></li><li>- Laparoscopia (nos casos em que a imagem do leiomioma foi obtida por laparoscopia realizada por qualquer razão, não há necessidade de exame de imagem).</li></ul> <b>*Validade 1 ano.</b>	- Ultrassonografia e hemograma. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.	<b>D25.0</b> <b>D25.1</b> <b>D25.2</b>  Ginecologista e Obstetra (Exclusivamente)  Devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia.  <a href="#">Leiomioma</a> (PCDT)
<b>LINFANGIOLEIOMIOMATOSE</b>  <b>Sirolimo 1mg e 2mg comp</b>  <a href="#">Linfangioleiomiomatose</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico (em LME ou em laudo à parte) do quadro clínico do paciente</li><li>- Laudo de Tomografia computadorizada (TC) do Tórax (sem validade)</li><li>- Espirometria dentro dos critérios de qualidade das Diretrizes brasileiras de função pulmonar da SBPT (Sem validade);</li><li>- Pelo menos, um dos seguintes documentos/exames para confirmação diagnóstica:<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico informando presença do complexo de esclerose tuberosa (sem validade) ou</li><li>- Laudo de TC ou ressonância magnética de abdôme (sem validade); ou</li><li>- Laudo de TC ou ressonância magnética de pelve (sem validade); ou</li><li>- Exame Citopatológico positivo para células LAM ; ou</li><li>- Exame histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (sem validade)</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem sérica do medicamento. <b>Periodicidade:</b> Semestral ou quando houver ajuste de dose</li><li>- Colesterol total, HDL, triglicerídeos, proteinúria, ALT/TGP e AST/TGO. <b>Periodicidade:</b> anual.</li></ul>	<b>J84.8</b>  <a href="#">Linfangioleiomiomatose</a>
<b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO</b> (Protocolo MS)  <b>Azatioprina 50 mg comp.</b>  <b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Ciclosporina 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)  <b>Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI (<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>).</li><li>- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, Uréia e creatinina, EAS, Complemento C3 e C4, Eletroforese de proteínas, Avaliação de auto-anticorpos: anti-DNA nativo (<b>validade 90 dias</b>).</li><li>- FAN (<b>sem validade</b>).</li></ul> <b><u>Para LES + NEFRITE:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Urocultura, Proteinúria 24 hs, Albumina, Eletrólitos (sódio e potássio) (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Biópsia renal (caso tenha sido realizado) (<b>sem validade</b>)</li></ul> <b><u>Para LES + manifestação hematológica com anemia hemolítica:</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Teste de Coombs direto, Reticulócitos, DHL (desidrogenase láctica).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pontuação obtida na ferramenta de avaliação de atividade da doença do paciente SLEDAI <b>Periodicidade:</b> Semestral.</li></ul> <b>Para todos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, VHS, PCR, anti DNA nativo, EAS, complementos C3 e C4.</li></ul> <b>Periodicidade:</b> Trimestral.	<b>L93.0</b> <b>L93.1</b> <b>M32.1</b> <b>M32.8</b>  Reumatologista (Preferencialmente)  Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.  Casos especiais devem ser tratados por médicos qualificados, em serviço

**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.



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



<p>(Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</b></p> <p><b>Metotrexato 2,5 mg comp. e 25 mg/ml solução injetável</b></p> <p><b>Micofenolato de mofetila 500 mg comp.</b> (somente para Nefrite Lúpica)</p> <p><a href="#">Lupus Eritematoso Sistêmico</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p>(validade 90 dias)</p> <p><b><u>Para LES + TROMBOSE:</u></b> - Anticoagulante lúpico, VDRL, Anticardiolipina IgG e IgM. (validade 90 dias)</p> <p><b><u>Para Hidroxicloroquina:</u></b> Avaliação oftalmológica (validade 1 ano).</p>	<p>Para <b>Ciclosporina</b> - Creatinina e uréia. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. - Dosagem sérica de ciclosporina <b>Periodicidade:</b> Semestral.</p> <p>Para <b>Ciclofosfamida</b> - creatinina, uréia, sódio e potássio. <b>Periodicidade:</b> trimestral. - Citologia da urina e exame citopatológico de colo uterino. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Para <b>Hidroxicloroquina</b> - Avaliação oftalmológica. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Para <b>Danazol</b> - TGO, TGP, fosfatase alcalina, colesterol total, HDL e triglicerídeos. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p>especializado. Gestantes, lactantes, crianças e pacientes com manifestações graves associadas ao LES também devem ser encaminhadas para serviço especializado.</p> <p><a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico PCDT</a></p>
<p><b>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO, MIELOMA MÚLTIPLO E SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</b></p> <p><b>Talidomida 100 mg comp.</b></p>	<p>- 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 – <b>validade 90 dias</b>; - Dosagem de Beta-HCG ou urinário de alta sensibilidade, para mulheres na idade fértil (pacientes que se encontram entre a menarca e a menopausa) (<b>Validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</p>	<p>- Documentos exigidos na RDC nº 11/2011.</p>	<p><b>M32/ L93.0/ L93.1</b> <b>T86.0/ C90.0/D46.0</b> <b>D46.1/ D46.4</b></p> <p>Hematologista Reumatologista (Preferencialmente)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

<p align="center"><b>MIASTENIA GRAVIS</b> (Protocolo MS)</p> <p align="center"><b>Azatioprina 50mg comp.</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p align="center"><b>Imunoglobulina Humana 2,5g, 5g F/A.</b></p> <p align="center"><b>Piridostigmina 60mg comp.</b></p> <p align="center"><a href="#">Miastenia Gravis</a></p> <p align="center">*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato em LME das manifestações clínicas compatíveis com MG;</li> <li>- Exames confirmatório de diagnóstico (sem data de validade): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laudo de Eletroencefalografia; <b>ou</b></li> <li>▪ Teste laboratorial de anticorpo anti-receptor de Acetilcolina</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>)</li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Creatinina e uréia (<b>validade 3 meses</b>)</li> </ul> <p><b>Para Imunoglobulina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico em LME evidenciado que se trata de crise miastênica (tetraparesia flácida, disfagia e disfunção respiratória) (<b>validade 90 dias</b>).</li> <li>- Creatinina e uréia (<b>validade 90 dias</b>)</li> <li>- Dosagem sérica de IgA (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul>	<p><b>Para Azatioprina:</b> Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b> - Nível sérico de ciclosporina. <b>Periodicidade:</b> Anual - Creatinina e uréia <b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p align="center"><b>G70.0</b> <b>G70.2</b></p> <p align="center"><a href="#">Miastenia Gravis</a> (PCDT)</p>
<p align="center"><b>MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS</b> (Protocolo MS)</p> <p align="center"><b>Azatioprina 50mg comp</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p align="center"><b>Hidroxiquina 400mg comp.</b></p> <p align="center"><b>Imunoglobulina humana: frasco com</b> <b>2,5g e 5g.</b></p> <p align="center"><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/mL</b> <b>injetável</b></p> <p align="center"><a href="#">Miopatas Inflamatórias</a></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico descrevendo o diagnóstico sindrômico identificando o fenótipo clínico do paciente.</li> <li>- Exames laboratoriais: <ul style="list-style-type: none"> <li>o creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase; <b>e</b></li> <li>o Hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP e desidrogenase láctica (DHL) (<b>validade 90 dias</b>);</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina e Metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- creatinina e uréia (<b>validade 90 dias</b>).</li> </ul> <p><b>Para Hidroxiquina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame oftalmológico (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul> <p><b>Para Imunoglobulina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosagem sérica de IgA (<b>validade 90 dias</b>)</li> </ul> <p>Obs. A depender do contexto clínico, podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico quanto a evolução da atividade da doença, através da descrição da força muscular em quadríceps, deltoides e flexores de pescoço ou por um dos instrumentos de avaliação da atividade de miopatas inflamatórias descritos no <a href="#">PCDT-MS</a>.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p>- CPK ou aldolase. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Azatioprina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemograma completo, fosfatase alcalina, AST/TGO, ALT/TGP.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p><b>Para Metotrexato, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemograma completo, AST/TGO, ALT/TGP, uréia, creatinina.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG (para mulheres em idade fértil).</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Semestral</p> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p>	<p align="center"><b>M33.0</b> (para todos) <b>M33.1</b> (para todos) <b>M33.2</b> (exceto para hidroxiquina)</p> <p align="center">Reumatologista (Preferencialmente)</p> <p align="center"><a href="#">PCDT-MS</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p>*Atualizado em 29/12/2025</p>		<p>- Creatinina e uréia. <b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p>- Relato médico em LME quanto ao monitoramento da pressão arterial sistêmica. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p>- Colesterol total e frações, triglicerídeos e potássio sérico. <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p><b>Para Hidroxicloroquina:</b> - Exame oftalmológico. <b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	
<p><b>MUCOPOLISSARIDOSE TIPO I</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Laronidase 0,58 mg/ml injetável – frasco 5ml</b></p> <p><a href="#">Mucopolissaridose Tipo I</a></p> <p>* Atualizado em 12/04/2018.</p>	<p>- Informação médica sobre a condição clínica do paciente e a presença dos sintomas e sinais característicos para o diagnóstico clínico;</p> <p>- Exames laboratoriais confirmatórios do diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em plasma, fibroblastos ou leucócitos E atividade da enzima de referência na mesma amostra e pelo mesmo método E Dosagem urinária de Glicosaminaoglicanos totais (GAGs) ou de sulfatos de heparan e dermatan (DS) OU</li><li>o 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.</li></ul> <p>- Questionário de qualidade de vida validado;</p>	<p>- Laudo médico informando a evolução do quadro clínico do paciente com avaliações atualizadas do peso e altura, da pressão arterial, da hepatimetria e da mobilidade articular; e a adesão ao número de infusões previstas no período; Periodicidade: semestral</p> <p>- Dosagem urinária de glicosaminoglicanos totais (GAGs); Periodicidade: semestral.</p> <p>- Questionário de qualidade de vida validado; Periodicidade: anual.</p>	<p><b>E76.0</b></p> <p>Tratamento é recomendado que seja feito por equipe em serviços especializados.</p> <p><a href="#">Mucopolissaridose Tipo I (PCDT)</a></p>
<p><b>MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II</b> <b>(Protocolo MS)</b></p> <p><b>Idursulfase alfa 2 mg/ml solução injetável frasco com 3 ml</b></p> <p><a href="#">Mucopolissacaridose Tipo II Idursulfase</a></p>	<p>- Exame de comprovação diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Cópia de exame de mutação genética reconhecidamente patogênica do gene IDS; <b>ou</b></li><li>o Cópia do exame da atividade de iduronato-2-sulfatase (IDS) determinada na mesma amostra de plasma, fibroblasto, leucócito; <b>e</b> da atividade pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra na qual determinada a atividade de IDS); <b>e</b> dosagem de glicosaminoglicanos na urina;</li></ul> <p>- Laudo médico contendo a história clínica, peso, altura, pressão arterial (<b>validade 90 dias</b>);</p> <p>- Laudo de neurologista descrevendo a avaliação neuropsicomotora (<b>validade 90 dias</b>);</p> <p>- Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal);</p>	<p>- Dosagem de glicosaminoglicanos na urina; e</p> <p>- Laudo médico contendo a evolução clínica, peso, altura, pressão arterial; e</p> <p>- Hepatimetria e esplenometria (aferidos por exame físico ou ecografia abdominal ou ressonância abdominal). <b>Periodicidade:</b> semestral.</p> <p>- Questionário de qualidade de vida validado;</p> <p>- Laudo de médico neurologista descrevendo o desenvolvimento neuropsicomotor. <b>Periodicidade:</b> anual.</p>	<p><b>E76.1</b></p> <p>Geneticista Neurologista Pediatra (Exclusivamente)</p> <p>Deve ser feito por equipe em serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade.</p> <p><a href="#">Mucopolissacaridose do tipo II (PCDT)</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<p><b>PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (Protocolo MS)</b></p> <p>Palivizumabe 50mg/mL e 100mg/mL injetável F/A</p>	<p><b><u>Para crianças com até 1 ano de idade no início da sazonalidade:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Formulário de solicitação de palivizumabe;</li><li>-Receita médica atualizada;</li><li>-Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas em unidade de cuidado neonatal);</li><li>-Para <u>pacientes cardiopatas</u>: relatório médico com descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso (<b>Anexo I</b>).</li></ul> <p><b><u>Para crianças no segundo ano de vida no início da sazonalidade:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Formulário de solicitação de palivizumabe;</li><li>-Receita médica atualizada;</li><li>-Relatório de alta hospitalar (relatório de internação, em caso de crianças internadas);</li><li>-Para <u>pacientes cardiopatas</u>: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que a cardiopatia congênita continua com repercussão clínica e com necessidade de uso de medicamentos específicos (<b>Anexo II</b>).</li><li>-Para <u>pacientes com doença pulmonar crônica</u>: relatório médico atualizado ou outro documento que comprove que o paciente necessitou de suporte com uso de corticoide, diurético ou suplemento de oxigênio durante os últimos seis meses antes do início da segunda sazonalidade (<b>Anexo III</b>).</li></ul>	<p><a href="#">Formulário para Solicitação de Palivizumabe</a></p>	<p><a href="#">Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório</a></p>
<p><b>AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Tafamidis 20mg cáps</b> (acima de 18 anos)</p> <p><b>Tafamidis 61 mg cáps</b> (acima 60 anos)</p> <p><a href="#">Amiloidoses Associadas à Transtirretina</a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Biópsia do órgão afetado com comprovação do depósito amilóide <b>ou</b> Laudo de exame genético (análise do DNA) que demonstre a presença de variante patogênica no gene TTR (<b>sem validade</b>);</li><li>- Questionário de vida validado. (<b>Validade 90 dias</b>);</li><li>- Exames laboratoriais: Uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria) (<b>validade 90 dias</b>);</li><li>- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). (<b>Validade 1 ano</b>)</li><li>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>).</li></ul> <p><b>Para Tafamidis 20mg, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico, informando (<b>validade 90 dias</b>):<ul style="list-style-type: none"><li>o Sintomatologia apresentada;</li><li>o Estágio de gravidade da doença segundo a classificação proposta por Coutinho* recomendada pelo PCDT-MS;</li><li>o Se paciente foi submetido a transplante hepático;</li></ul></li></ul> <p><b>Para Tafamidis 61mg, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico, informando (<b>validade 90 dias</b>):</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico contendo a evolução clínica e adesão ao acompanhamento/tratamento; <b>Periodicidade:</b> semestral.</li><li>- Exame neurológico clínico com inclusão escalas como Polyneuropathy Disability Score (PND) e avaliação sensitivo-motora pelo Neuropathy Impairmet Score (NIS). <b>Periodicidade:</b> semestral.</li><li>- Exames laboratoriais: ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol total e frações, triglicerídeo, exame de urina (EAS, proteinúria); <b>Periodicidade:</b> Semestral</li><li>- Questionário de vida validado. <b>Periodicidade:</b> anual.</li><li>- Laudo de avaliação oftalmológica (pressão ocular e avaliação do vítreo). <b>Periodicidade:</b> anual.</li></ul>	<p><b>E85.1</b> (somente para Tafamidis 20mg cáps)</p> <p><b>E85.0 e E85.8</b> (somente para Tafamidis 61mg cáps)</p> <p>Neurologista Cardiologista (preferencialmente)</p> <p>Devem ser atendidos preferencialmente em serviços especializados ou de referência em doenças raras.</p> <p><a href="#">Amiloidoses Associadas à Transtirretina (PCDT)</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sintomatologia apresentada;</li><li>○ Classe funcional NYHA/OMS do paciente;</li></ul> <p><b>Obs.:</b> Podem ser solicitados pela Farmácia Cidadã, outros exames/documentos complementares para confirmação do diagnóstico e ao estágio de gravidade da doença.</p>		
<p><b>PROFILAXIA DA REINFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Lamivudina 150mg comp. e 10mg/mL solução oral</b></p> <p><b>Imunoglobulina anti-Hepatite B 100UI e 600UI - frasco</b></p>	<p>Para paciente com <b>previsão de transplante para os próximos 3 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Doença hepática Crônica Terminal por vírus B:<ul style="list-style-type: none"><li>- HBsAg (+)</li><li>- HBeAg</li><li>- Se HBeAg(-): Teste de quantificação de DNA-HBV</li></ul></li></ul> <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hepatite fulminante por vírus B:<ul style="list-style-type: none"><li>- Anti-HBc IgM (+).</li></ul></li></ul> <p>Para paciente <b>pós – transplantado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Teste de quantificação do DNA do HBV pela reação em tempo real quantitativa da cadeia de polimerase [não obrigatório para pacientes crônicos HBeAg (-)], HBsAg, Anti-HBc IgM.</li></ul> <p><b><u>Critérios de exclusão:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Portadores de cirrose por vírus B com duas quantificações consecutivas do DNA-HBV (com intervalo mínimo de três meses), em uso de lamivudina, com mais 100.000 cópias/ml;</li><li>- Portadores de HIV;</li><li>- Idade &lt; 12 anos;</li><li>- Contra-indicação ao uso de Lamivudina ou Imunoglobulina anti-hepatite B.</li></ul>	<p>- Teste de quantificação do DNA – HBV pela reação em tempo real qualitativa da cadeia de polimerase. <b>Periodicidade:</b> 1º, 4º e 7º mês.</p> <p>- Anti – HBs, ALT e AST. <b>Periodicidade:</b> Mensal, no 1º ano de tratamento e, após, semestral, quando estabilizada a dose da Imunoglobulina da Hepatite B(3 doses consecutivas iguais).</p> <p>- HBsAg. <b>Periodicidade:</b> Semestral (não obrigatório).</p>	<p><b>B18.0</b> <b>B18.1</b> <b>B16.0</b> <b>B16.2</b></p> <p>Infectologista Gastroenterologista (Preferencialmente).</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

<p align="center"><b>PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO</b>  <b>(Critério de Uso - Estadual)</b></p> <p align="center"><b>Etexilato de Dabigatrana 110mg e 150mg cáps.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo médico relatando tratar-se de pós-operatório imediato de cirurgia de artroplastia de quadril, ou joelho e informando que o paciente não possui nenhum critério de exclusão (<b>validade 90 dias</b>).</li> <li>- Idade maior que 18 anos.</li> <li>- Resultado de Clearance de Creatinina (ClCr), ou pelo menos laudo médico com o valor do Clearance de Creatinina estimado*, <b>OBRIGATORIAMENTE com resultado superior a 30ml/min.</b></li> </ul> <p>*O clearance de creatinina estimado deve ser calculado a partir de uma creatinina sérica que tenha validade de no <b>máximo 90 dias</b>.</p> <p>Assim, devem constar no processo:</p> <p>1- exame de clearance de creatinina (<b>validade 90 dias</b>); OU</p> <p>2- laudo médico com Clearance estimado acompanhado de exame de creatinina sérica (<b>validade de 90 dias</b>) e peso atualizado do paciente.</p>	<p>Não se aplica, pois o esquema posológico, para esta indicação é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Artroplastia total do joelho = 10 dias (20 cp. de 110 mg, ou 10 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min).</li> <li>- Artroplastia total do quadril = 35 dias (70 cp. de 110 mg, ou 35 cp. de 150 mg, em pacientes com insuficiência renal moderada (ClCr de 30-50 ml/min).</li> </ul>	<p><b>M16: Coxartrose (artrose do quadril) – todos</b></p> <p><b>M17: Gonartrose [artrose do joelho] – todos</b></p> <p><b>M23.9 :Transtorno interno não especificado do joelho</b></p> <p align="center">Ortopedista,          Cirurgião Vascular, Intensivista          (Preferencialmente)</p> <p align="center"><a href="#">Dabigatrana - Critérios de utilização na profilaxia da TVP</a></p>
<p align="center"><b>PSORÍASE</b>  <b>(Protocolo MS)</b></p> <p align="center"><b>Acitretina 10mg e 25mg caps.</b></p> <p align="center"><b>Adalimumabe 40mg seringa</b>  <b>(acima 6 anos)</b></p> <p align="center"><b>Calcipotriol 50mcg/g pomada</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b>          (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p align="center"><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b>  <b>(frasco de 50 ml)</b></p> <p align="center"><b>Clobetasol 0,5mg/g creme e sol capilar</b></p> <p align="center"><b>Etanercepte 25mg e 50mg seringa</b></p> <p align="center"><b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml</b></p>	<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico informando o grau de gravidade das lesões informado o valor do índice de extensão da psoríase – PASI ou do Índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI). Incluir no laudo, a informação sobre o uso de quaisquer medicamentos (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Exceto para <b>calcipotriol</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hemograma Completo, ureia, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, fosfatase alcalina, Gama-GT (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Para Calcipotriol, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cálcio Sérico (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Acitretina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilirrubina, Colesterol total e frações, triglicerídeos e glicose (<b>validade 3 meses</b>)</li> <li>- Para Crianças: Raio X de mãos e punhos (<b>validade 1 ano</b>).</li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilirrubinas, Colesterol total e frações, triglicerídeos, sódio, magnésio, potássio, ácido úrico e EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<p>Para todos os medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice PASI ou DLQI</li> </ul> <p>Periodicidade: semestral.</p> <p>Para Acitretina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, AST/TGO, ALT/TGP.</li> </ul> <p>Periodicidade: Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta HCG atual em mulheres em idade fértil</li> </ul> <p>Periodicidade: Mensal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para crianças: Raios-X de mãos e punhos.</li> </ul> <p>Periodicidade: Anual.</p> <p>Para Ciclosporina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uréia, Creatinina.</li> </ul> <p>Periodicidade: Mensal.</p> <p>Para Metotrexato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT, albumina, glicose. Periodicidade: Mensal nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</li> </ul>	<p align="center"><b>L40.0</b>  <b>L40.1</b>  <b>L40.4</b>  <b>L40.8</b></p> <p align="center">Dermatologista          (Preferencialmente)</p> <p align="center">Devem ser atendidos em serviços especializados.</p> <p align="center"><a href="#">Psoríase</a>          (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>injetável</b></p> <p><b>Risanquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</b></p> <p><b>Secuquinumabe 150 mg/mL injetável (acima de 18 anos)</b></p> <p><b>Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL injetável</b></p> <p><a href="#">Psoríase</a></p> <p>*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para Metotrexate, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Albumina, EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul> <p><b>Para Adalimumabe, Etanercepte, Risanquinumabe, Secuquinumabe e Ustequinumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição:<ul style="list-style-type: none"><li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li><li>o Creatinina, Proteína C reativa (PCR), EAS (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul></li></ul>	<p>Para Adalimumabe, Etanercepte, Secuquinumabe e Ustequinumabe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo, Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama-GT e PCR</li></ul> <p>Periodicidade: trimestral</p>	
<p><b>PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Ciproterona 50mg comp.</b></p> <p><b>Gosserrelina 3,6 mg e 10,8mg seringa preenchida</b></p> <p><b>Leuprorrelina 3,75 mg e 45mg injetável</b></p> <p><b>Triptorrelina 3,75 mg, 11,25 mg e 22,5 mg injetável</b></p> <p><a href="#">Puberdade Precoce Central</a></p> <p>*Atualizado em 26/12/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relato médico informando idade de início do desenvolvimento puberal, características e estadiamento puberal de Tanner atuais, volume testicular nos meninos, altura dos pais biológicos e tempo de evolução entre os estágios (<b>validade 3 meses</b>)</li><li>- Curva de crescimento com ao menos duas medidas de peso e estatura com intervalo mínimo de 06 meses entre elas (<b>validade 3 meses</b>)</li><li>- Laudo da radiografia de mãos e punhos com determinação da idade óssea (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Ressonância Magnética de Sela Turca para meninos de todas as idades e para meninas até 06 anos. (<b>validade 2 anos</b>);</li><li>- Ultrassonografia pélvica para meninas (<b>validade 2 anos</b>);</li><li>- Dosagem de LH (<b>validade 3 meses</b>);</li><li>- Teste de estímulo ao LH e FSH após GnRH ou seu agonista, (exceto para meninas menores de 3 anos) (<b>validade: 2 anos</b>).</li></ul> <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (<b>validade 3 meses</b>).</li></ul> <p><b>Observação 2: para o teste de provocação: documentos necessários estão em termo específico.</b></p> <p><a href="#">Formulário Teste Leuprorrelina</a></p> <p><a href="#">Critérios para realização do teste hormonal provocativo com Leuprorrelina</a></p>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Curva de crescimento com peso, altura e estadiamento puberal de Tanner.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dosagem de LH após aplicação de leuprorrelina ou gosserrelina.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> no 3º e no 6º mês de tratamento e em caso de mudança de dose</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laudo da radiografia das mãos e punhos com determinação da idade óssea.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>Para Ciproterona, acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubinas.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral</p>	<p><b>E22.8</b></p> <p>Endocrinologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico.</p> <p><a href="#">Puberdade Precoce Central (PCDT)</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



<p><b>PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b></p> <p><b>Danazol 100mg cáps. (Protocolo MS)</b> (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Eltrombopague 25mg e 50mg.</b></p> <p><b>Imunoglobulina humana: frasco com 2,5g, 5g.</b></p> <p><a href="#">Púrpura Trombocitopenica Idiopatica</a></p>	<p>- Relato médico detalhando a evolução clínica, tempo de diagnóstico de PTI e os tratamentos prévios realizados (<b>validade 3 meses</b>);</p> <p>- Hemograma completo (<b>validade 1 mês</b>);</p> <p>Para Ciclofosfamida:</p> <p>- Beta HCG em mulheres em idade fértil (<b>validade 1 mês</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>)</p> <p>Para Eltrombopague:</p> <p>- ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina (<b>validade 3 meses</b>).</p>	<p><b>Para todos:</b></p> <p>- Hemograma completo</p> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral ou a cada solicitação de aumento de dose.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral:</p> <p><b>Azatioprina:</b> ALT/TGP e AST/TGO.</p> <p><b>Ciclofosfamida:</b> Creatinina.</p> <p><b>Eltrombopague:</b> ALT/TGP, AST/TGO e bilirrubina.</p> <p>Para <b>Danazol:</b></p> <p>- TGP, TGO, Fosfatase alcalina, Colesterol total, HDL e triglicerídeos.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Mensal nos primeiros 3 meses e após, semestral.</p> <p>- Ultrassonografia abdominal.</p> <p><b>Periodicidade:</b> Anual.</p>	<p><b>D69.3</b></p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços de hematologia.</p> <p><a href="#">Púrpura Trombocitopênica Idiopática</a> (PCDT)</p>
---	--	--	--



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





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



<b>SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS</b> (Protocolo MS)  <b>Clopidogrel 75mg comp.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação de prescrição médica, e laudo para solicitação de medicamentos excepcionais (LME);</li><li>- Encaminhar Relatório de Alta Médica Hospitalar no caso de Síndrome Coronariana Aguda para comprovação de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda e/ou laudo de Angioplastia Coronariana;</li><li>- No caso de alergia ao AAS, encaminhar laudo de alergista;</li><li>- No caso de intolerância gástrica ao AAS, encaminhar laudo de gastroenterologista ou laudo de endoscopia digestiva alta.</li></ul> <p><b>* Validade 90 dias</b></p>	-	<b>I20.0 – I20.1 – I21.0 – I21.1 – I21.2 – I21.3 – I21.4 – I21.9 – I22.0 – I22.1 – I22.8 – I22.9 – I23.0 – I23.1 – I23.2 – I23.3 – I23.4 – I23.5 – I23.6 – I23.8 – I24.0 I24.8 – I24.9</b>  Cardiologista (Preferencialmente)  <a href="#">Síndromes Coronarianas Agudas</a>
<b>SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR</b> (Protocolo MS)  <b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Ciclosporina 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)  <b>Ciclofosfamida 50 mg drágea</b>  <b>Eltrombopague 25 mg e 50 mg comprimidos</b>  <b>Filgrastim 300mcg injetável F/A</b>  <b>Imunoglobulina Humana 2,5g e 5,0g injetável F/A</b>  <a href="#">Síndrome de Falência Medular</a>  *Atualizado em 29/12/2025	<p><b>Para Ciclosporina, Ciclofosfamida, Eltrombopague e Imunoglobulina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (<b>sem validade</b>)</li><li>- Hemograma completo (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Contagem de reticulócitos (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>)</li><li>- Somente para imunoglobulina, acrescentar: Laudo médico relatando se está em tratamento de imunossupressão (<b>validade 90 dias</b>) e Sorologia para parvovírus B19 (<b>validade 180 dias</b>)</li></ul> <p><b>Para Filgrastim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Biópsia e/ou aspirado de medula óssea (<b>sem validade</b>)</li><li>- 1 Hemograma com contagem de neutrófilos abaixo de 200/mm<sup>3</sup> ou 6 hemogramas realizados 2 vezes por semana durante 3 semanas (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Dosagem de ácido fólico e de vitamina B12 (<b>validade 90 dias</b>)</li><li>- Dosagens séricas de HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV</li></ul>	<p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos</li><li>- Dosagem sérica de ciclosporina, creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p><b>Para Ciclofosfamida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.</li><li>- Dosagem de creatinina e ureia.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> na alteração de dose, sendo tempo máximo de fornecimento de 6 meses.</p> <p><b>Para Eltrombopague:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo e contagem de reticulócitos.</li><li>- Dosagem de AST/TGO, ALT/TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> semestral ou a cada alteração de dose.</p> <p><b>Para Filgrastim - Neutropenias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma completo.</li></ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal até contagem de neutrófilos estabilizada. Após, trimestral.</p> <p><b>Obs.:</b> O PCDT-MS preconiza que o tratamento com imunoglobulina não deve ultrapassar 5 dias.</p>	<p><b>D60.0 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b> <b>D60.1 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b> <b>D60.8 (exceto Eltrombopague e Filgrastim)</b></p> <p><b>D61.0 (exceto Ciclofosfamida)</b> <b>D61.1 (exceto Ciclofosfamida)</b> <b>D61.2 (exceto Ciclofosfamida)</b> <b>D61.3 (exceto Ciclofosfamida)</b> <b>D61.8 (exceto Ciclofosfamida)</b></p> <p><b>D69.3 (exceto Filgrastim e Ciclosporina)</b></p> <p><b>D70 (apenas Filgrastim)</b></p> <p><b>Z94.8 (apenas Filgrastim)</b></p> <p>Hematologista (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia.</p> <p><a href="#">Síndrome de falência Medular</a></p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



*Atualizado em 29/12/2025	<b>Para tacrolimo, acrescentar:</b> - Relato médico informando a ocorrência de hipertricose ou hiperplasia gengival associado ao uso da ciclosporina ( <b>validade 90 dias</b> )		
<b>SOBRECARGA DE FERRO</b> (Protocolo MS)  Desferroxamina 500 mg F/A  Deferiprona 500 mg comp.  Deferasirox 125 mg, 250 mg e 500 mg comp.  <a href="#">Sobrecarga de Ferro</a>	<b>Para todos os medicamentos:</b> - Ferritina sérica e Saturação de Transferrina ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>Para Deferiprona:</b> - Hemograma ( <b>validade 1 mês</b> ).  <b>Para Deferasirox:</b> - TGO, TGP, creatinina ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>Para Desferroxamina:</b> - Acuidade visual e auditiva	<b>Para Desferroxamina e Deferiprona:</b> - Creatinina, TGO, TGP, Gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e ferritina sérica. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.  <b>Para Deferiprona:</b> - Hemograma. <b>Periodicidade:</b> Mensal.  <b>Para Deferasirox:</b> - Creatinina; - TGO, TGP. <b>Periodicidade:</b> Mensal.  <b>Para Desferroxamina:</b> - Acuidade visual e auditiva. <b>Periodicidade:</b> Anual.	<b>T45.4</b> <b>E83.1</b>  Hematologista (Preferencialmente)  <a href="#">Sobrecarga de Ferro</a> (PCDT)
<b>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DO TIPO I</b> (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.  <a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I</a>	- 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, diabetes melito e outras comorbidades – ( <b>validade 90 dias</b> ).  <b>Para Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona:</b> - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídios, glicemia de jejum ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>- Para Lamotrigina:</b> - Hemograma completo, TGO e TGP ( <b>validade 3 meses</b> ).	<b>Para todos os medicamentos:</b> - Registro do valor da pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura e IMC <b>Periodicidade:</b> 3,6 e 12 meses, após anual.  <b>Para Lamotrigina:</b> - Hemograma, TGO e TGP <b>Periodicidade:</b> Anual  <b>Para Risperidona, Quetiapina e Olanzapina:</b> - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios. <b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após anual.  <b>Para Clozapina:</b> - hemograma <b>Periodicidade:</b> mensal - Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídios e prolactina <b>Periodicidade:</b> Trimestral no primeiro ano, após anual. - Prolactina. <b>Periodicidade:</b> Anual	<b>F31.1</b> <b>F31.2</b> <b>F31.3</b> <b>F31.4</b> <b>F31.5</b> <b>F31.6</b> <b>F31.7</b>  Psiquiatra Médico do Programas de Saúde Mental do SUS (Exclusivamente)  Devem ser compartilhados entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com

**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.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.





<p><b>TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA (Protocolo-MS)</b></p> <p><b>Enoxaparina 40mg/0,4mL e 60mg/0,6mL injetável</b></p> <p><a href="#">Tromboembolismo Venoso em Gestantes</a></p> <p><b>* Atualizado em 13/09/22</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica (atual);</li><li>Data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem;</li><li>Hemograma completo;</li><li>Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</li></ul> <p><b>Documentos necessários conforme a indicação clínica (pode ser mais que uma indicação):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):<ul style="list-style-type: none"><li>Exame de imagem (ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética);</li><li>Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT;</li></ul></li><li>- Síndrome Antifosfolípideo (SAF):<ul style="list-style-type: none"><li>Informações clínicas: Um ou mais episódios de trombose venosa arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite); <b>ou</b> histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente; <b>ou</b> histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente; <b>ou</b> histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária; <b>e</b></li><li>Exames laboratoriais: Duas dosagem com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico <b>ou</b> anticardiolipinalgG e IgM <b>ou</b> Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM.</li></ul></li><li>- Trombofilia hereditária de alto risco:<ul style="list-style-type: none"><li>Exames laboratoriais: Dosagem de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; <b>ou</b> mutação homozigótica para o gene da protrombina; <b>ou</b> deficiência da antitrombina III; <b>ou</b> Mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.</li></ul></li><li>- Trombofilia hereditária de baixo risco:<ul style="list-style-type: none"><li>Exames laboratoriais: Dosagem laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; <b>ou</b> mutação heterozigótica para o gene da protrombina; <b>ou</b> Deficiência da proteína C ou da proteína S; <b>ou</b> presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.</li></ul></li></ul>	<p>- Hemograma completo e Creatinina sérica ou clearance de creatinina.</p> <p><b>Periodicidade:</b> trimestral</p>	<p>D68.8/ I82.0/ I82.1 I82.2/ I82.3/ I82.8 O22.3/ O22.5</p> <p>Ginecologista Hematologista Obstetra (Exclusivamente)</p> <p>Devem ser encaminhadas para atenção especializada.</p> <p><a href="#">Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia (PCDT)</a></p>
--	--	---	--





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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



<p><b>SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA À ANTICOAGULAÇÃO ORAL</b></p> <p>Enoxaparina 20 mg/0,2ml; 40 mg/0,4ml; 60 mg/0,6ml; 80 mg/0,8ml; 100 mg/ml injetável</p> <p>Critérios Estaduais</p> <p><b>*Atualizado em 06/11/2023</b></p>	<p>- Relato médico informando que paciente está anticoagulado e o procedimento cirúrgico e a data o qual será realizado. (Validade 3 meses);</p>	<p>- <b>Período de fornecimento:</b> máximo de 14 dias, podendo ser iniciado em até 7 antes da data da cirurgia</p>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p><a href="#">Enoxaparina</a> (Critérios estaduais)</p>
<p><b>PROFILAXIA DE TVP EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE JOELHO, QUADRIL, FEMUR OU ABDOMINAL</b></p> <p>Enoxaparina 40mg/0,4m e 60mg/0,6mL</p>	<p>- <u>Para paciente em programação cirúrgica:</u> relato médico informando qual procedimento cirúrgico e a data que será realizado (<b>validade 03 meses</b>);</p> <p>- <u>Para paciente já submetido à cirurgia:</u> relato médico informando o procedimento cirúrgico e documentação comprobatória da realização da cirurgia, como por exemplo relatório de alta hospitalar (<b>validade 03 meses</b>);</p>	<p>- Período de fornecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Cirurgia abdominal = máximo de 21 dias</li><li>○ Cirurgia de Quadril ou Femur = máximo de 5 semanas.</li><li>○ Cirurgia de Joelho = máximo de 3 semanas.</li></ul>	<p>Não há restrição por CID-10</p> <p><a href="#">Enoxaparina</a> (Critérios Estaduais)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.

<p align="center"><b>UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS</b> (Protocolo MS)</p> <p><b>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</b> (Acima de 18 anos)</p> <p><b>Azatioprina 50 mg comp.</b></p> <p><b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a>)</p> <p><b>Ciclosporina 100mg cáps</b></p> <p><b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral</b> (frasco de 50 ml)</p> <p align="center"><a href="#">Uveítes Não Infecciosas</a></p> <p align="center">*Atualizado em 29/12/2025</p>	<p><b>Para Todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados (<b>validade 3 meses</b>); e</li> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <p><b>Para Adalimumabe, acrescentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina e ureia (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>- PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Laudo de Raios-X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>- Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> </ul>	<p><b>Para todos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral</p> <p><b>Para Ciclosporina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatinina, uréia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p>	<p align="center"><b>H15.0 / H20.1 / H30.1</b> <b>H30.2 / H30.8</b></p> <p align="center">Oftalmologista (Preferencialmente)</p> <p align="center">Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados.</p> <p align="center"><a href="#">Uveítes Posteriores Não Infecciosas</a> (PCDT)</p>
<p align="center"><b>VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS</b> (PROTOCOLO MS)</p> <p>Rituximabe 500mg F/A – injet. (acima de 18 anos)</p> <p align="center"><a href="#">Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico detalhado contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Descrição dos critérios diagnósticos que confirmam granulomatose com poliangiíte (GPA) ou poliangiíte microscópica (MPA);</li> <li>o Indicação do estágio atual da doença, especificando se o uso do medicamento se destina à terapia de indução ou ao tratamento de recidiva;</li> <li>o Caracterização da gravidade das manifestações clínicas, com detalhamento dos órgãos e/ou sistemas acometidos.</li> <li>o Descrição do tratamento medicamentoso prévio e, quando aplicável, informação de refratariedade à ciclofosfamida</li> </ul> </li> <li>- Exames: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT (<b>validade 3 meses</b>).</li> <li>o Se comprometimento renal: EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina (<b>validade 3 meses</b>).</li> <li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</li> <li>o Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li> <li>o Se houver, laudo histopatológico confirmando o diagnóstico</li> </ul> </li> </ul>	<p>Este Protocolo não contempla o tratamento de manutenção. Todavia, nos casos em que houver recidiva da doença, deverá ser apresentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato médico descrevendo a gravidade das manifestações clínicas e refratariedade à ciclofosfamida.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, gamaGT</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EAS e proteinúria de 24 horas; ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> antecedência mínima de 20 dias úteis em relação à data prevista para a administração.</p>	<p align="center"><b>M31.3</b> <b>M31.7</b></p> <p align="center"><a href="#">Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos</a> (PCDT)</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO</b>  Azatioprina 50 mg (por comprimido)  Ciclosporina 25mg e 50mg cáps. (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  Ciclosporina 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	<b>Z94.3 Z94.2</b>
<b>TRANSPLANTE DE MEDULA OU PÂNCREAS</b>  Alfaepoetina 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000UI e 10.000UI injetável (por frasco-ampola)  Azatioprina 50 mg (por comprimido)  Ciclosporina 25mg e 50mg cáps. (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  Ciclosporina 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	LME, Receita Médica e Documentos Pessoais.	LME e Receita Médica - Trimestral	<b>Z94.8</b>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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

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



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

SITUAÇÃO CLÍNICA Fórmulas Nutricionais	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Profissional Especialista
<p><b>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</b></p> <p><b>F2</b> – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.</p> <p><b>F3</b> – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A</a><sup>1</sup>.</li><li>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> para uso de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO B</a>.</li><li>- Para maiores 6 meses - <b>Plano alimentar</b><sup>4</sup>.</li><li>- <b>Curvas</b> de crescimento com no mínimo 2 registros</li><li>- Para crianças menores de 6 meses – <b>Formulário de informações sobre a amamentação</b> emitido por Banco de Leite Humano ou local referenciado pela SESA<sup>2</sup>.</li><li>- <b>Formulário de abertura</b> de processos de fórmulas infantis – <a href="#">ANEXO C</a>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - <a href="#">ANEXO A</a><sup>1</sup>. Trimestral</li><li>- Para maiores 6 meses - <b>Plano alimentar</b><sup>4</sup> - Trimestral</li><li>- <b>Curvas</b> de crescimento com no mínimo 2 registros. - Trimestral</li></ul>	<p><b>L50.0</b> <b>L58.8</b> <b>T78.1</b> <b>H13.2</b> <b>J20</b> <b>T78.0</b> <b>K23.8</b> <b>K52.2</b> <b>L27.2</b> <b>K52.2</b> <b>R63.8</b></p> <p>Pediatra, outras especialidades em pediatria e nutricionista Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano ou de local referenciado pela SESA.</p> <p><b>Médico:</b> Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatra, Neonatologista, etc).</p>

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.



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



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

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

ATUALIZADO EM 29/12/2025.