

Diário Oficial

Estado de Pernambuco



Ano XCIX • Nº 23

Poder Executivo

Recife, quinta-feira, 3 de fevereiro de 2022

Rede estadual retoma hoje as aulas presenciais

Início do ano letivo 2022 acontece nas 1.052 escolas da rede, que atendem cerca de 580 mil estudantes em Pernambuco.

O ano letivo de 2022 começa hoje (03.02) para os 580 mil estudantes matriculados nas 1.052 escolas da rede estadual de Pernambuco. O Estado, que já possui a maior rede de ensino integral do País, inicia as aulas com o reforço de 70 Escolas de Referência (EREM e EREFEM), 34 Escolas de Referência em Ensino Fundamental (EREF) e mais oito novas Escolas Técnicas Estaduais (ETE). A solenidade de abertura do ano letivo acontece na Escola Técnica Estadual Ginásio Pernambucano, às 7h, na Avenida Cruz Cabugá, no Centro do Recife.

Todas as unidades de ensino da rede seguem os proto-

colos de biossegurança contra a Covid-19, atentas às medidas de proteção e prevenção com água e sabão para higienização das mãos, dispenser com álcool em gel 70% e uso obrigatório de máscaras para todos no ambiente escolar. As aulas serão retomadas no modelo presencial, admitindo, porém, o ensino remoto.

“Este é um momento muito importante para toda a rede estadual. Nós tivemos quase dois anos de muitos desafios para a educação e agora estamos retornando com o ensino presencial, com todo cuidado e segurança. Os protocolos devem ser seguidos e, assim, os estudantes poderão ser acolhidos da melhor forma possível”, afirmou o se-



FOTO: KLEYVSON SANTOS/SEE

cretário estadual de Educação e Esportes, Marcelo Barros.

Para Daniel Oliveira, gestor da Escola Técnica Estadual (ETE) Ginásio Pernambucano, o retorno é um momento que representa a esperança. “Que-

remos que os alunos sintam-se acolhidos, respeitados e determinados a encarar os desafios, principalmente depois desses dois últimos anos bastante turbados. Estamos esperançosos e com o sentimento de que

tudo ocorrerá bem, fazendo o que estiver ao nosso alcance”, disse, lembrando a importância da conscientização dos próprios estudantes e seus familiares sobre o uso obrigatório de máscaras, o uso individual de

ESCOLAS vão cobrar atenção rigorosa dos estudantes aos protocolos de biossegurança contra a Covid-19

objetos pessoais, a higienização correta das mãos e todos os outros protocolos.

As escolas também estão orientando os pais e responsáveis para que os estudantes que apresentarem sintomas gripais fiquem em casa e busquem orientação médica. Havendo teste positivo para Covid-19, é preciso informar à instituição de ensino e o estudante deve se manter em quarentena de pelo menos sete dias. A Secretaria de Educação e Esportes não exige o comprovante de vacinação para acesso às instituições de ensino, mas monitora, junto com a Secretaria de Saúde, o ritmo de vacinação dos estudantes em todo o Estado.

PERNAMBUCO REGISTRA MAIS DE 123 MIL NOVAS EMPRESAS EM 2021

Em 2021, foram abertas 123.002 novas empresas em Pernambuco, contra 98.652 registradas em 2020, representando um crescimento de 24,6%, segundo dados da Junta Comercial de Pernambuco (Jucepe). Essa ampliação reflete uma retomada da economia no Estado, mesmo com o segundo ano de pandemia do novo coronavírus. “Os dados demonstram um novo momento para a classe empresarial pernambucana”, ressaltou Taciana Bravo, presidente da Jucepe.

Assim como ocorrido na maioria dos Estados brasileiros, Pernambuco também viu crescer o número de empresas fechadas, passando de

31.085 em 2020, para 42.628 em 2021, o que representa 37,14% a mais no número de baixas. No geral, porém, o Estado fechou o ano com um total 717.029 de empresas em atividade, 112.833 a mais que no último dia de 2020.

Os municípios que mais abriram novas empresas foram Recife (36.038), Jaboatão dos Guararapes (12.025), Olinda (7.657), Petrolina (6.591), Caruaru (6.486) e Paulista (6.370). As atividades mais presentes são o comércio de vestuário; promoção de vendas; comércio de cosméticos; atividades de consultoria em gestão empresarial; lanchonetes; comércio de bebidas; produtos



FOTO: DIVULGAÇÃO/JUCEPE

de perfumaria e de higiene pessoal; treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial; fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo

domiciliar; cabeleireiros, manicure e pedicure; e restaurantes e similares.

No ano passado, a Jucepe passou a realizar o registro mercantil exclusivamente

EM 2021, a Jucepe passou a realizar o registro de empresas em formato digital e implantou o Balcão Único no Recife, simplificando e agilizando o processo

em formato digital, e também iniciou o pagamento do DAE via PIX, sendo o primeiro órgão público de Pernambuco e a primeira junta comercial do Brasil a receber o pagamento nessa modalidade. A Jucepe integrou mais 20 municípios à Redesim, que simplifica o processo de registro e legalização de empresas, totalizan-

do 82 municípios pernambucanos integrados.

Ainda em 2021, a presidente da Jucepe, Taciana Bravo, e o prefeito do Recife, João Campos, fizeram o lançamento da plataforma digital Balcão Único na capital pernambucana. O sistema permite que qualquer cidadão possa abrir uma empresa no Recife em poucos minutos, de forma simplificada e automatizada. A capital de Pernambuco foi a primeira do País e a terceira cidade no Brasil a implantar o Balcão Único. “Estamos sempre atentos às necessidades dos empresários e buscando soluções para facilitar a vida de quem empreende em nosso Estado”, disse Taciana Bravo.

Secretarias de Estado

ADMINISTRAÇÃO

Secretária: **Marília Raquel Simões Lins**

PUBLICAÇÕES SAD DO DIA 02 DE FEVEREIRO DE 2022

PORTARIA CONJUNTA SAD/ARPE Nº 021, DE 02 DE FEVEREIRO DE 2022.

A SECRETÁRIA DE ADMINISTRAÇÃO e o DIRETOR-PRESIDENTE DA AGÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO - ARPE, considerando a necessidade de dispor sobre as diretrizes e as normas do Plano Anual de Atividades e Metas Institucionais da Agência de Regulação dos Serviços Públicos - ARPE, com a finalidade de percepção do Adicional de Desempenho de Atividade de Regulação - ADAR, conforme artigo 16 do Decreto nº 46.707, de 31 de outubro de 2018, **RESOLVEM:**

Art. 1º Fica disciplinado o Plano Anual de Atividades e Metas Institucionais, para fins de percepção da Parcela de Desempenho das Metas Institucionais - PDMI, correspondente a até 25% (vinte e cinco por cento) do Adicional de Desempenho de Atividade de Regulação - ADAR, nos termos do Anexo I.

§1º A aferição da meta e a pontuação devem ser realizadas pelas chefias das Unidades Organizacionais e encaminhadas à Diretoria Administrativa Financeira até 04 de fevereiro de 2023, acompanhada da documentação referente à pontuação correspondente.

§2º A Pontuação Final calculada a partir da consolidação da pontuação de cada objetivo setorial, a ser realizada pela Diretoria Administrativa Financeira, deve ser homologada em reunião da Diretoria Colegiada da ARPE, com efeitos administrativos e financeiros, a partir de 1º de junho de 2023, com vigência até 31 de maio de 2024.

Art. 2º A Pontuação Final referente ao desempenho institucional servirá de base para indicar o correspondente percentual a ser aplicado no cálculo para a percepção da parcela remuneratória referente à PDMI, de cada servidor, nos termos do Anexo II.

Art. 3º As chefias ou servidores responsáveis pelos objetivos expostos no Plano Anual de Atividades e Metas Institucionais poderão formalizar pedido de reconsideração à Diretoria Colegiada da ARPE, em relação ao resultado de suas respectivas metas institucionais, observados os prazos previstos no art. 13 do Decreto nº 46.707, de 31 de outubro de 2018, conforme modelo disposto no Anexo III.

Art. 4º O resultado final das metas institucionais será divulgado, conforme art. 3º, no site da ARPE, até o dia 1º de abril de 2023.

Art. 5º Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir de 1º de janeiro de 2022.

MARÍLIA RAQUEL SIMÕES LINS
Secretária de Administração

SEVERINO OTÁVIO RAPÓSO MONTEIRO
Diretor-Presidente

ANEXO I

PLANO ANUAL DE ATIVIDADES E METAS INSTITUCIONAIS ARPE - 2022 (Período Avaliativo: janeiro a dezembro/2022)

Objetivo	Indicador	Fonte de Verificação	Período de Aferição	Cálculo do Indicador	Meta	Critério de Pontuação	Pontuação	Peso
Qualificar o servidor e desenvolver equipes	Eventos de Capacitações e Integração realizados (Cursos, Seminários, Oficinas, etc).	Relatórios de Capacitação	03/01 a 30/12/2022	Nº de Capacitações Internas Realizadas	06 Eventos	Meta < 3	0	15%
						Meta = 3	5	
						Meta = 4	7	
						Meta = 5	9	
						Meta ≥ 6	10	
Atender às demandas jurídicas no prazo previsto	Percentual de demandas atendidas no prazo previsto conforme prazos tabela abaixo	Relatórios de Atividades	03/01 a 30/12/2022	(Nº de documentos respondidos no prazo / Nº de documentos recebidos com prazo definido) x 100	100%	Meta < 40%	0	10%
						40% ≤ Meta < 60%	4	
						60% ≤ Meta < 80%	6	
						80% ≤ Meta < 90%	8	
						Meta ≥ 90%	9	
Fiscalizar os serviços de abastecimento de água e de coleta e tratamento de esgotos prestados pela Compesa	Fiscalizações Técnico-operacionais e Comerciais realizadas por Município	Municípios Fiscalizações	03/01 a 30/12/2022	Nº de fiscalizações realizadas	48 fiscalizações realizadas	Meta ≤ 8	0	7%
						9 ≤ Meta ≤ 15	2	
						16 ≤ Meta ≤ 20	4	
						21 ≤ Meta ≤ 30	6	
						31 ≤ Meta ≤ 47	8	
Meta ≥ 48	10							

Elaborar 27 relatórios anuais referentes à:	Número de relatórios escritos	Relatórios de Referência	Período de Referência	Nº de relatórios elaborados	Relatórios de Referência	Período de Referência	Nº de relatórios realizados	Peso
Perdas de Água	02							3%
Qualidade de Água das Estações de Tratamento de Água (gráfico com interpretação)	12	Relatórios Ano de referência 2022	03/01 a 30/12/2022					
Monitoramento das Estações de Tratamento de Esgoto (gráfico com interpretação)	12							
Projeto Acertar	01							
Executar os Contratos de Metas - 2022 firmados com a Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL	Percentual de Produtos Executados	Relatórios de Atividades	03/01 a 30/12/2022	(Nº de Produtos Executados / Nº de Produtos Planejados) x 100	80% de execução dos Contratos de Metas - 2022			10%
Fiscalizar Terminais Rodoviários Intermunicipais e Rodovias Concedidas	Fiscalizações operacionais, de conservação, de manutenção e de segurança das rodovias concedidas e dos terminais rodoviários intermunicipais concedidos.	Relatórios das fiscalizações técnicas operacionais nas rodovias concedidas e dos terminais rodoviários intermunicipais concedidos.	03/01 a 30/12/2022	Número de fiscalizações realizadas	0 ≤ FISC ≤ 4	0	24 fiscalizações	10%
					5 ≤ FISC ≤ 8	2		
					9 ≤ FISC ≤ 14	4		
					15 ≤ FISC ≤ 18	6		
					19 ≤ FISC ≤ 23	8		
FISC ≥ 24	10							
Fiscalizações operacionais, de conservação, de manutenção e de segurança das instalações dos sistemas de gás canalizado da Concessionária nos estabelecimentos dos seus clientes.	Relatórios das fiscalizações técnicas operacionais realizados nos sistemas de gás canalizado da concessionária.	Relatórios das fiscalizações técnicas operacionais realizados nos sistemas de gás canalizado da concessionária.	03/01 a 30/12/2022	Número de fiscalizações realizadas	0 ≤ FISC ≤ 80	0	404 fiscalizações	10%
					81 ≤ FISC ≤ 161	2		
					162 ≤ FISC ≤ 240	4		
					241 ≤ FISC ≤ 322	6		
					323 ≤ FISC ≤ 403	8		
FISC ≥ 404	10							
Executar a regulação de entidades do Terceiro Setor, qualificadas como OS e OSCIP pelo Estado de Pernambuco	Expedição de documentos relacionados à regulação do Terceiro Setor no Estado de Pernambuco, de acordo com as atribuições previstas na Resolução ARPE Nº 188, de 28/05/2021.	Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e Relatório de Atividades Anual elaborado pela Coordenadoria de Atividades Não Exclusivas do Estado	03/01 a 30/12/2022	Total de documentos relacionados à regulação do Terceiro Setor no Estado de Pernambuco, de acordo com as atribuições previstas na Resolução ARPE nº 188/2021.	Meta < 05 documentos	0	20 documentos (Pareceres, Cotas, Relatórios Técnicos de Monitoramento e Fiscalização).	10%
					05 documentos ≤ Meta < 10 documentos	4		
					10 documentos ≤ Meta < 15 documentos	6		
					15 documentos ≤ Meta < 20 documentos	8		
					Meta ≥ 20 documentos	10		



ESTADO DE PERNAMBUCO

DIÁRIO OFICIAL - PODER EXECUTIVO

GOVERNADOR
Paulo Henrique Saraiva Câmara

VICE-GOVERNADORA
Luciana Barbosa de Oliveira Santos

SECRETÁRIOS DE ESTADO

SECRETÁRIA DE ADMINISTRAÇÃO
Marília Raquel Simões Lins

SECRETÁRIO DA CASA CIVIL
José Francisco de Melo Cavalcanti Neto

SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
Lucas Cavalcanti Ramos

SECRETÁRIO DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO
Marconi Muzzio Pires de Paiva Filho

SECRETÁRIO DE CULTURA
Gilberto de Mello Freyre Neto

SECRETÁRIO DE DEFESA SOCIAL
Humberto Freire de Barros

SECRETÁRIO DE DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO
Claudiano Ferreira Martins Filho

SECRETÁRIO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO
Geraldo Júlio de Mello Filho

SECRETÁRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CRIANÇA E JUVENTUDE
Sileno de Sousa Guedes

SECRETÁRIO DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
Tomé Barros Monteiro da Franca

SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO E ESPORTES
Marcelo Andrade Bezerra Barros

SECRETÁRIO DA FAZENDA
Décio José Padilha da Cruz

SECRETÁRIO DE IMPRENSA
Eduardo Jorge de Albuquerque Machado Moura

SECRETÁRIA DE INFRAESTRUTURA E RECURSOS HÍDRICOS
Fernandha Batista Lafayette

SECRETÁRIO DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS
Eduardo Gomes de Figueiredo

SECRETÁRIO DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE
José Antônio Bertotti Júnior

SECRETÁRIA DA MULHER
Ana Elisa Fernandes Sobreira Gadelha

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E ÀS DROGAS
Cloves Eduardo Benevides

SECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
Alexandre Rebêlo Távora

SECRETÁRIO DE SAÚDE
André Longo Araújo de Melo

SECRETÁRIO DO TRABALHO, EMPREGO E QUALIFICAÇÃO
Albêres Hanieri Patrício Lopes

SECRETÁRIO DE TURISMO E LAZER
Rodrigo Cavalcanti Novaes

PROCURADOR-GERAL DO ESTADO
Ernani Varjal Medicis Pinto



GERENTE DE PRODUÇÃO DE CONTEÚDO
Sérgio Montenegro

TEXTOS
Secretária de Imprensa

EDITOR
Sérgio Montenegro

EDITOR ASSISTENTE
Marcus Andrey

DIAGRAMAÇÃO E EDIÇÃO DE IMAGEM
Higor Vidal

DIRETOR PRESIDENTE
Luiz Ricardo Leite Castro Leitão

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO
Bráulio Mendonça Meneses

DIRETOR DE PRODUÇÃO E EDIÇÃO
Edson Ricardo Teixeira de Melo

PUBLICAÇÕES:

Coluna de 6,2 cmR\$ 142,98

Quaisquer reclamações sobre matérias publicadas deverão ser efetuadas no prazo máximo de 10 dias.

COMPANHIA EDITORA DE PERNAMBUCO
CNPJ 10.921.252/0001-07
Insc. Est. 18.1.001.0022408-15
Rua Coelho Leite, 530 - Santo Amaro
Recife-PE - CEP 50.100-140
Telefone: (81) 3183-2700 (Busca Automática)
Fax: (81) 3183-2747
cepecom@cepe.com.br
Ouvidoria - Fone: 3183-2736
ouvidoria@cepe.com.br

E10.7 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações múltiplas
 E10.8 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações não especificadas
 E10.9 Diabetes mellitus insulino-dependente sem complicações
 O24.4 – Diabetes mellitus que surge durante a gravidez
 O24.9 – Diabetes mellitus na gravidez, não especificado
 E11 - Diabete melito não insulino-dependente
 E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais
 E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas
 E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
 E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
 E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
 E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
 E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
 E11.9 - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações

3. MEDICAMENTO

Insulina Aspart solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL*
 Insulina Detemir solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL
 Insulina Glargina solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL
 Insulina Glulisina solução injetável com sistema de aplicação 100 UI/ml 3mL
 Insulina Lispro solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL.
 Insulina Degludeca solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL (Será disponível apenas para pacientes refratários/hipersensíveis a Glargina, documentado em relatório médico e >1 ano de idade)
***Disponível via PCDT do Ministério da Saúde (insulina análoga de ação rápida) para diabetes tipo 1**

4. INSUMOS

Fita para determinação de glicose no sangue
 Lancetas descartáveis
 Agulhas para aplicação de insulinas: 4mm x 0,23mm
 5mm x 0,23mm

Obs: Dispensação dos insumos (anexo II)

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Endocrinologista) vinculados às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;
 Residir no Estado de Pernambuco;
 Paciente já em uso ou tendo usado Insulina NPH e/ou Regular, apresentando-se clinicamente com persistência de Glicemia de jejum > 140 mg/dl;
 Apresentar sinais e sintomas de hipoglicemia descritos no relatório médico (Anexo 01), com pelo menos 2 episódios nos últimos 6 meses de hipoglicemia grave definida como glicemia ≤ 50 mg/dL, necessitando ajuda de terceiros ou atendimento hospitalar, ou presença de hipoglicemia despercebida, definida como ausência de sintomas neuroadrenérgicos a hipoglicemia;
 Diabetes instável definido como uma alta variabilidade dos níveis glicêmicos, com alternância de glicemias ≤ 60 mg/dL com glicemias ≥ 200 mg/dL, apesar do tratamento adequado com insulinas humanas tradicionais;
 Controle glicêmico irregular durante os últimos seis meses, caracterizado por: A1C (Hemoglobina glicosilada) ≥ 8,5% (faixas etárias 0-6 anos e 20-64 anos); A1C ≥ 7,5% (faixa etária 13-19 anos); e A1C ≥ 8,0% (faixas etárias 6-12 anos e >65 anos);
 Pacientes já em uso de análogo de insulina que tiveram a indicação com base nos critérios acima, que apresentem hemoglobina glicosilada atual de 7% ou redução de pelo menos 50% do excedente ao valor normal do método nos últimos seis meses (comprovação necessária) será mantida a dispensação da insulina; (apresentar dois exames de AC1 nos últimos seis meses, com intervalo entre eles mínimo de 2 meses);
 A idade do paciente deve estar de acordo com a idade permitida em bula das diferentes insulinas;

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
 Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
 ausente ou insuficiente dos análogos de insulina em termos de frequência e gravidade de hipoglicemias em geral e de hipoglicemias graves em particular;
 Surgimento de resistência imunológica aos análogos de insulina, comprovados por testes laboratoriais, não apresentando redução de pelo menos 50% do valor da A1C excedente a 7% nos últimos seis meses e não atingir A1C ≤ 7% após 12 meses de tratamento

7. CASOS ESPECIAIS

DIABETES GESTACIONAL

Glicemia Jejum > 90mg/dl e qualquer pós-prandial > 130mg/dl na vigência de dieta exclusiva;
 Após uma semana de adoção das medidas dietéticas sem atingir alvo de tratamento;
 Parâmetros ultra-sonográficos indicativos de macrosomia ou polidramínio, mesmo na vigência de parâmetros laboratoriais adequados.

EXAMES LABORATORIAIS PARA INCLUSÃO E MONITORAMENTO

Glicemia em Jejum;
 Teste Oral de Tolerância à Glicose;
 Ultrassonografia com demonstração de feto/embrão

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
 Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Laudo Médico para insulinas análogas (anexo I);
Relatório médico para insumos de diabetes (caso solicite insumos);
Anexo III (para retirada de glicosímetro);

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
 Hemoglobina Glicosilada – AC1 OU Hemoglobina Glicada.(Apresentar 2 exames dos últimos 6 meses – com intervalos entre os exames de pelo menos 3 meses)

Renovação a cada 6 meses

Leitura do Glicosímetro (opcional);
 Hemoglobina glicosilada, após controle a cada 6 (seis) meses;
 Contagem de carboidratos (opcional);
 Sumário de Urina a cada 6 (seis) meses;

Renovação a cada 12 meses

Perfil Lipídico;
 Creatinina;
 Microalbuminúria ou Relação albumina creatinina na urina (opcional);
 Exame dos pés em caso de neuropatia;
 Fundoscopia.

9. Revisões

Data	Rev	Atualização	Revisores
nov/21	5	Inclusão de critérios para insumos	CEFT e CAFT
		Inclusão dos CIDS abaixo conforme TAC	
		E11 - Diabete melito não insulino-dependente	
		E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais	
		E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas	
		E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas	
		E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas	
		E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas	
		E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas	
		E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas	
E11.9 - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações			
Alteração do Nome da Norma.			
out/19	4	Insulina Degludeca solução injetável com sistema de aplicação 100UI/ml 3mL. A idade do paciente deve estar de acordo com a idade permitida em bula das diferentes insulinas;	CEFT
set/18	3	Mudança do layout Intervalo entre os exames de hemoglobina glicada Inclusão da opção relação albumina creatinina na urina ou microalbuminúria Alteração especificação de agulhas	CEFT e CAFT
nov/16	2	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
jun/12	0	Criação e aprovação da Norma	CEFT e CAFT

ANEXO I

LAUDO MÉDICO PARA INSULINAS ANÁLOGAS

ANÁLOGOS DE INSULINA

Basal () **Glargina** () **Detemir** () **Degludeca**
 Prandial () **Aspart** () **Lispro** () **Glulisina**

1. Nome do Paciente _____
2. Dados Clínicos
 Diabetes Tipo: _____ CID: _____ Tempo de Diagnostico: _____
Histórico de Hipoglicemia? () Sim () Não Nº. de Episódios/mês: _____
Tipo de Hipoglicemias (últimos 3 meses): () Noturna Frequente () Severa
 () Leve/Moderada Frequente () Falta de percepção da Hipoglicemia
3. Monitorização

Auto Monitoração: () Sim () Não
 Nº de Testes/Semana: _____

4. Avaliação farmacoterapêutica: histórico de uso anterior de insulinas

Nome Genérico	Início	Fim	Motivo de Suspensão

5. Justificativa para solicitação: Com base na Norma Técnica: Descrever evolução e eventuais efeitos adversos

PARA 1º SOLICITAÇÃO, transcrever os resultados dos exames (2 leituras realizadas nos últimos 6 meses):

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
Hemoglobina Glicada	//	_____%	//	_____%

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____
 Assinatura e Carimbo

ANEXO II

RELATÓRIO MÉDICO PARA INSUMOS DE DIABETES

O (A) Sr (a) _____ portador de Diabetes Mellitus, CID (), e tem indicação de realizar automonitorização glicêmica domiciliar. Encaminhamos este (a) paciente à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para pleitear os insumos necessários para realização do referido procedimento:

() 01 glicosímetro
 () Tiras reagentes para glicemia capilar _____ unidades/mês
 () Lancetas para punção digital (conforme tiras)
 () Agulhas _____ unidades/mês

Nome Genérico	Posologia
Aspart	
Degludeca	
Detemir	
Glargina	
Glulisina	
Lispro	

5. Justificativa para solicitação: Com base na Norma Técnica (Se a prescrição ultrapassar 6 testes/dia, o paciente deverá apresentar laudo ou justificativa médica)

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____
 Assinatura e Carimbo

ANEXO II

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO PARA DISPENSAÇÃO DOS INSUMOS DE PACIENTES INSULINO DEPENDENTES

A determinação da glicemia capilar em pacientes insulino-dependentes orienta quanto à dose exata de insulina a ser administrada, mas o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) não pode ser considerado como intervenção isolada, sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos e, sobretudo ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado através da Educação em Saúde.

Insumos a serem dispensados pelo programa de Automonitoramento:

- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar;
- Lancetas para punção digital;
- Glicosímetros

Como ocorre com outros antipsicóticos, a suspensão injetável de palmitato de paliperidona deve ser usada com cautela em pacientes com história de convulsões ou outras condições que potencialmente reduzem o limiar de convulsão.

Pacientes idosos com psicose decorrente de demência, tratados com drogas antipsicóticas têm risco aumentado de morte. A suspensão injetável de palmitato de paliperidona não está aprovada para uso em pacientes com psicose decorrente de demência.

Eventos de leucopenia, neutropenia e agranulocitose foram relatados com agentes antipsicóticos, incluindo suspensão injetável de palmitato de paliperidona. Agranulocitose foi relatada muito raramente (menor do que 1/10.000 pacientes) durante a vigilância pós-comercialização. Pacientes com histórico de baixa contagem de células brancas do sangue (CBS) clinicamente significativa ou leucopenia/neutropenia induzida por medicamento devem ser monitorados durante os primeiros meses de tratamento e deve-se considerar a descontinuação de suspensão injetável de palmitato de paliperidona ao primeiro sinal de queda clinicamente significativa nas CBS na ausência de outros fatores causais. Pacientes com neutropenia clinicamente significativa devem ser cuidadosamente monitorados para febre ou outros sintomas ou sinais de infecção e tratados imediatamente se tais sintomas ou sinais ocorrerem. Pacientes com neutropenia grave (contagem absoluta de neutrófilos < 1 X 10⁹/L) devem descontinuar o uso da suspensão injetável de palmitato de paliperidona e ter suas contagens de células brancas (CBS) acompanhadas até sua recuperação.

Para pacientes com comprometimento renal leve, recomenda-se que a iniciação da suspensão injetável de palmitato de paliperidona seja com a dose de 100 mg no dia 1 do tratamento e 75 mg uma semana depois, ambas administradas no músculo deltoide. Depois, serão administradas injeções mensais de 50 mg no músculo deltoide ou no músculo glúteo. Não se recomenda o uso de suspensão injetável de palmitato de paliperidona em pacientes com comprometimento renal moderado ou grave.

10. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

Carteira de Identidade – RG

Cadastro de Pessoa Física – CPF

Cartão Nacional de Saúde – CNS

Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)

Declaração Autorizadora, caso deseje credencial representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAR (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAR (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Avaliação clínica em laudo médico justificativo do tratamento.

Renovação

Avaliação clínica em laudo médico justificativo do tratamento.

11. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
25/out	3	Inclusão da Paliperidona injetável. Inclusão dos CIDs: F20.6–Esquizofrenias simples/F20.8–Outras esquizofrenias/F20.9–Esquizofrenia não específica	CEFTe CAFT
ago/18	2	Inclusão do CID F20.5 Nos documentos emitidos pelo médico, texto em horas do parágrafo de compreensão da emissão de receita	CEFTe CAFT
dez/14	1	Revisão	CEFTe CAFT
nov/13	0	Criação da Norma	CEFTe CAFT

ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA

Paciente: _____ Idade: _____

DIAGNÓSTICO CID-10: () F20.0 () F20.1 () F20.2 () F20.3 () F20.4 () F20.5 () F20.6 () F20.8 () F20.9

O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica? () Sim () Não

O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:

() eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento () delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante () vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo () comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor () sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico) () Diagnóstico de prolactinoma () CA de mama.	() delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas) () alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes () neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante () Discinesia tardia () Distonia grave () Acatisia com risco de suicídio () Síndrome Neuroleótica maligna
--	---

Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?

- () Episódio maníaco depressivo
() Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas
() Hipersensibilidade à Olanzapina
() Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.

O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica? () Sim () Não

O paciente apresentou internamento durante o tratamento medicamentoso e psicossocial? () Sim () Não Quantas vezes no último ano? _____

Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?

Medicamento(s)	Periodicidade
Doses () Risperidona	_____
() Clozapina	_____
() Quetiapina	_____
() Olanzapina	_____
() Aripiprazol	_____
() Paliperidona	_____
() Outro	_____

Justificativa em caso de Paliperidona (injetável): _____

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM

ESCALA BPRS – ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Paciente: _____ Idade: _____

Código: 1) ausente; 2) muito discreto; 3) discreto; 4) moderado; 5) moderadamente grave; 6) grave; 7) extremamente grave.

	Tempo 0	Tempo após o tratamento
Preocupações somáticas		
Ansiedade		
Retraimento afetivo		
Desorganização conceitual		
Sentimento de culpa		
Tensão		
Maneirismo e Alitude		
Megalomania		
Humor depressivo		
Hostilidade		
Desconfiança		
Comportamento alucinatório		
Retardamento motor		
Não cooperação		
Pensamentos não habituais		
Embotamento afetivo		
Excitação		
Desorientação		
SCORE TOTAL		

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Aripiprazol e Palmitato de Paliperidona

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de Aripiprazol e Palmitato de paliperidona, indicadas para o tratamento de esquizofrenia. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Sintomas extrapiramidais (dificuldade de engolir, face sem expressão, tremores e agitação nas mãos e dedos, rigidez de braços e pernas, andar arrastado e dificuldade em falar), dor de cabeça, sonolência/sedação, aumento da pressão sanguínea, desconforto abdominal, dor abdominal superior, prisão de ventre, diarreia, oca seca, náusea, dor de dente, vômitos, dor em extremidade, dor musculoesquelética, fraqueza muscular, fadiga.

Infecções do trato respiratório superior, agitação, insônia, ansiedade, arkinsonismo, pesadelo, inquietação, tontura

Contraindicação: pacientes com hipersensibilidade conhecida aos componentes

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: () Aripiprazol () Paliperidona

Local: Data:
Nome do Paciente:
Cartão Nacional de Saúde:
Nome do responsável legal:
Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou responsável legal
Nome do Médico: CRM: UF:

Assinatura e carimbo médico
Data:

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 29/2013
DOENÇA DE FABRY

1. INTRODUÇÃO

A doença de Fabry é uma doença genética, de caráter hereditário, que causa a deficiência ou a ausência da enzima alfa-galactosidase (α-Gal A) no organismo de seus portadores. É uma das 45 doenças de depósito lisossômico. A deficiência enzimática interfere na capacidade de decomposição de uma substância adiposa específica, denominada globotriaosilceramida, também chamado de Gb3. A doença de Fabry é crônica, progressiva e atinge vários órgãos e sistemas do organismo. No Brasil foram identificados até o momento cerca de 220 pacientes. Estima-se que, no mundo, existam mais de 25 mil pessoas atingidas pela doença. A doença de Fabry é um erro inato do metabolismo, isto significa que a criança já nasce com a alteração genética, sendo possível diagnosticar precocemente, mesmo que os sintomas clínicos, em geral, tendam a aparecer apenas anos depois.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

E75. 2 - Outras Esfingolipidoses (Doença de Fabry)

3. MEDICAMENTOS

Agalsidase beta frasco-ampola 5mg/MI

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em Centros de Doenças Raras saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;
Diagnóstico realizado por médico especialista;
Ter idade superior a 7 anos e inferior a 65 anos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Avaliação clínica;
 Ultrassonografia do rim ou biópsia renal;
 Anticorpo IgG;
 Creatinina sérica;
 Ecocardiograma ou RMN cardíaco
 ECG ou Holter 24 horas
 Relação albumina/creatinina em urina
 RMN cerebral (exceto para doentes renais crônicos)

Facultativos:

Exame oftalmológico para confirmar diagnóstico em mulheres (acuidade visual, motilidade ocular, ectoscopia, biomicroscopia, tonometria e oftalmoscopia binocular indireta).
 Dosagem sérica/urinária de GB3 ou Lyso GB3

Renovação a cada 6 meses

Creatinina sérica.
 Relação albumina/creatinina em urina
 Ecocardiograma ou RMN cardíaco (anualmente)

Facultativos:

Anticorpo IgG
 Biópsia renal

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
out/21	4	Sem alterações pelo comitê Mudança de layout para publicação em DOE	CEFT
set/18	3	Alterações de exames Alteração de locais de atendimento	CEFT e CAFT
nov/16	2	Atualização periodicidade de exames	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
dez/13	0	Aprovação	CEFT
nov/13	0	Criação da Norma e Aprovação - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
 Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 27/2013
TROMBOCITEMIA ESSENCIAL OU IDIOPÁTICA

1. INTRODUÇÃO

A Trombocitemia Essencial-TE, também denominada trombocitemia idiopática, trombocitemia essencial ou trombocitose essencial, é uma desordem mieloproliferativa crônica, caracterizada por proliferação de megacariócitos na medula óssea (MO), levando ao aumento persistente de plaquetas circulantes. Além do número elevado de plaquetas, essa doença é caracterizada por acentuada hiperplasia de megacariócitos na medula óssea, eventualmente esplenomegalia e um curso clínico caracterizado por episódios trombóticos e/ou hemorrágicos.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

D47. 3 - Trombocitemia Essencial (hemorrágica)

3. MEDICAMENTO

Anagrelida comprimido 0,5mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
 Residir no estado de Pernambuco;
 Diagnóstico realizado por médico especialista (Hematologista);
 Ausência, falha de resposta, citopenias significativas ou intolerância à hidroxureia, na dose máxima tolerada, mantendo contagens de plaquetas persistentemente superiores a 600.000/mm³.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
 Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
 Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
 Idade inferior a sete anos de idade;
 Pacientes com intolerância a galactose, deficiente Lapp da lactose ou má absorção da glicose-galactose;
 Disfunção hepática severa.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;
Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
Avaliação de delírio e alucinação na doença de alzheimer (RISPERIDONA)

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Hemograma completo com plaquetas;
 Mielograma **OU** Biópsia de Medula Óssea.
 Facultativo (parecer cardiológico)
 ALT, AST, uréia e creatinina

Renovação a cada 6 (seis) meses

Hemograma completo com plaquetas;
 ALT, AST, uréia e creatinina

7. REVISÕES

Rev	Data	Atualização	Revisores
5	out/20	Atualização do critério de inclusão: Ausência, falha de resposta, citopenias significativas ou intolerância à hidroxureia, na dose máxima tolerada, mantendo contagens de plaquetas persistentemente superiores a 600.000/mm ³ . Inclusão de exames iniciais: ALT, AST, ureia e creatinina e parecer cardiológico (optativo) Inclusão de exames de renovação: ALT, AST, ureia e creatinina	CEFT e CAFT
4	ago/18	Atualização do critério de exclusão: ao invés de idade superior a 7 anos, fica idade inferior a 7 anos /Corrigido Nome do medicamento	CEFT e CAFT
3	nov/16	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
2	dez/14	Atualização	CEFT e CAFT
1	nov/13	Revisão e Aprovação	CEFT e CAFT
0	nov/13	Criação da Norma - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
 Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 25/2013
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do desenvolvimento, de influência neurobiológica, que ocorre comumente durante a infância, sendo caracterizadas por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. Apesar de estar contextualizado como um transtorno da infância e adolescência, nos últimos anos, tornou-se foco de atenção clínica em estudos com adultos (ASHERSON et al, 2007).

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

F 90.0 - Distúrbios da Atividade e da Atenção

3. MEDICAMENTO

Metilfenidato 10 mg, comprimido
 Metilfenidato 10, 20, 30 e 40 mg, cápsula de liberação controlada

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Neurologista, Psiquiatra) vinculados às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;
 Residir no Estado de Pernambuco;
 Apresentar laudo médico da avaliação clínica e justificativa para o tratamento;
 Ter idade superior a seis anos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
 Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
 Crianças com menos de seis anos;
 Glaucoma;
 Hipertireoidismo;
 Arritmia Cardíaca;
 Angina do Peito Severa;
 Tumor na glândula adrenal (feocromocitoma).

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
 Notificação da Receita tipo "A", com validade para 30 dias + receita comum; Tratamento para até 30 dias por receita (**MENSAL**)

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Avaliação Clínica;
 Hemograma Completo com Contagem Plaquetas;
Dosagem do Hormônio Tiroestimulante –TSH.

Renovação a cada 6 (seis) meses

Hemograma Completo com Contagem Plaquetas;
 Dosagem do Hormônio Tiroestimulante –TSH.

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
out/21	3	Mudança de layout e sobre Portaria 344/98 Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
out/18	2	Mudança de layout	CEFT e CAFT
out/15	1	Revisão	CEFT e CAFT
nov/13	0	Criação e aprovação da Norma - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 21/2013
DOENÇA DE ALZHEIMER

1. INTRODUÇÃO

A Demência é uma síndrome causada por qualquer etiologia, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a forma mais comum e a quarta causa mais frequente de morte em países desenvolvidos (SMALL & MAYEUX, 2005). A DA é uma desordem neuro degenerativa de evolução progressiva e irreversível, que se manifesta por deterioração da cognição e da memória associada a declínio neurofuncional, distúrbios comportamentais e sintomas psíquicos (SMITH, 1999). A causa é desconhecida, mas acredita-se que seja geneticamente determinada. A doença de Alzheimer costuma evoluir de forma lenta e inexorável.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

G 30.0 - Doença de Alzheimer de início precoce
G 30.1 - Doença de Alzheimer de início tardio
G 30.8 - Outras formas de Doença de Alzheimer

3. MEDICAMENTO

Memantina, cloridrato comprimido 10mg (Disponibilizado pela PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017)
Iniciar com 5 mg ao dia com titulações graduais de 5 mg a cada 7 dias até atingir a posologia de 20 mg duas vezes ao dia.

Risperidona, comprimido 1mg

A dose inicial recomendada é de 0,25 mg duas vezes ao dia. Esta dose pode ser ajustada individualmente, com aumentos de 0,25 mg duas vezes ao dia, com intervalo mínimo de 2 dias, se necessário. A dose ótima é 0,5 mg duas vezes ao dia para a maioria dos pacientes. No entanto, alguns pacientes podem beneficiar-se com doses de até 1 mg duas vezes ao dia. Uma vez que o paciente atingiu a dose ótima, a administração uma vez ao dia pode ser considerada.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Neurologista, Psiquiatra ou Geriatra) vinculados às unidades de saúde próprias ou credenciados à rede SUS;
Residir no Estado de Pernambuco;
Diagnóstico de Doença de Alzheimer Possível ou Provável.

a) Para a Memantina além dos citados acima:

Paciente em uso ou não de Anticolinesterásicos (Rivastigmina, Donepezila ou Galantamina) que preencham os critérios abaixo
Não apresentar critérios de inclusão para recebimento via PCDT;
1. Apresentar MEEM/MEMFE com escore entre 14 a 3 pontos;
2. Apresentar CDR 2 pontos (DA moderadamente grave).

b) Para a Risperidona além dos citados acima:

Apresentar dois ou mais sintomas psicóticos, no mínimo 3 vezes por semana, de acordo com os critérios de Liptzin 1999, Goldberg & Goldberg 1997

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

a) Memantina

Não atendimento aos critérios de inclusão;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Insuficiência renal grave;
Apresentem eliminação de creatinina inferior a 9 ml/min/1,73 m²;
Apresentam convulsões, epilepsia devem ser avaliados os riscos e benefícios antes da decisão de uso;
Infarto do miocárdio recente, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial sistêmica não controlada.

b) Risperidona

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Apresentar quadro de discinesia tardia;
Apresentar síndrome neuroléptica maligna;
Apresentar hipotensão ortostática com prejuízo na qualidade de vida;
Uso concomitante com furosemida - devem ser avaliados os riscos e benefícios desta combinação antes da decisão de uso;
Nas doenças cardiovasculares deve ser usado com cautela.

c) Para os dois medicamentos, pacientes que apresentarem escala MEEM menor que 14.

6. CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Miniexame do Estado Mental MEM ou MEMFE < 3 pontos OU CDR > 2.

7. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;
Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita;
Declaração médica, para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)

Avaliação de delírio e alucinação na doença de alzheimer (RISPERIDONA)

Renovação a cada 6 (seis) meses
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Roteiro de Avaliação Miniexame do Estado Mental (MEEM)/Miniexame do Estado Mental em Função da Escolaridade (MEMFE); e Escala Clínica Dementia Ratis (CDR) - realizado pelo médico;
Dosagem de Creatinina Sérica;
Hemograma;
Sumário de Urina;
Proteinúria de 24 horas – **quando positivo em sumário de urina**
Dosagem dos hormônios da tireóide - TSH
Tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio, para excluir múltiplas isquemias, hemorragia ou tumores.

Para a Risperidona, também:

Dosagem de Prolactina

Renovação a cada 6 (seis) meses

Roteiro de Avaliação Mini exame do Estado Mental (MEEM)/Mini exame do Estado Mental em Função da Escolaridade (MEMFE); e Escala Clínica Dementia Ratis (CDR) - realizado pelo médico;

Dosagem de Creatinina Sérica;
Hemograma;
Sumário de Urina;
Proteinúria de 24 horas – **quando positivo em sumário de urina**

Para a Risperidona: Dosagem de Prolactina

8. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
out/21	4	Atualização de layout e melhoria do texto Inclusão de critérios para medicamentos da Portaria 344/98 e declaração médica para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)	CEFT e CAFT
ago/18	3	Correção do critério de exclusão c) Menor que 14 Inclusão do MEMFE	CEFT e CAFT
dez/14	2	Atualização	CEFT e CAFT
fev/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
out/13	0	Revisão e Aprovação	CEFT e CAFT
set/13	0	Criação da Norma - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CEFT e CAFT

INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA A REALIZAÇÃO DO MEM & MEMFE

Orientação- Pergunte por cada item em ordem de cima para baixo. No item lugar, pergunte como é o nome deste lugar aqui, simultaneamente com o dedo indicador apontando para baixo. Dê um ponto para cada acerto.

Fixação- Pergunte ao paciente se você pode examinar a sua memória. Diga as três palavras, claramente, cerca de um segundo cada e peça para repetir após ter dito as três palavras. A pontuação é dada pela primeira repetição. Se necessário, continue repetindo até o paciente ser capaz de repeti-las ou até seis vezes. Se o paciente não repetir as três palavras da primeira vez, não deverá haver evocação. Essas palavras devem pertencer a categorias diferentes, terem mais ou menos o mesmo grau de dificuldade e representarem a cultura regional. Dê um ponto para cada acerto.

Atenção e Cálculo- Para paciente que tem entre zero e 4 anos de escolaridade, o teste de regressão unitária, é realizado pedindo ao paciente para contar, sem parar, a partir de 25, de 1 em 1, até zero. A cada 5 elementos ditos corretamente, atribui-se um ponto. Por exemplo: 25, 24, 23, 22, 21 =1 ponto por acerto dos 5 elementos; até corresponder um total de 5pontos. Caso haja erro, mesmo que seja em apenas um dos 5 elementos de um subgrupo, atribui-se zero para aquele subgrupo. No caso do paciente ser analfabeto, antes de iniciar a subtração, peça para ele contar de 1 até 25. Caso o paciente tenha 4 ou mais anos de escolaridade peça para realizar o teste da série de 100 – 7, por 5 vezes consecutivas. Caso haja erro em algum item não questione, continue o procedimento. Atribui-se 1 ponto por acerto.

Evocação - Peça para o paciente dizer às palavras que você lhe havia dito.Caso não lembre, pergunte-lhe quantas foram e, não lembrando, diga-lhe que foram três palavras. Pergunte se ele se lembra do fato, se não, insinue pistas semânticas para as três palavras: uma palavra é o nome de uma fruta; qual é o nome dessa palavra? A outra é uma peça da mobília de uma casa; qual é o nome dessa palavra? E, a última, é uma peça que faz parte da indumentária; qual o nome dessa palavra? Dê um ponto para cada acerto.

Linguagem- Mostre o relógio de pulso e pergunte o seu nome. Repita com uma caneta. Dê um ponto para cada acerto. Peça ao paciente para repetir a frase junto com você (uma única tentativa): nem aqui, nem ali, nem lá. Dê 1 ponto pelo acerto. Dê um pedaço de papel em branco ao paciente e peça que cumpra três ordens: pegar o papel com a mão direita, dobrar ao meio e lhe entregar. Dê um ponto para cada acerto. Dê ao paciente uma folha de papel em branco e peça-lhe que escreva uma oração, contendo sujeito, verbo e complemento. Não é necessário que esteja correta gramaticalmente. O importante é que haja sentido. Dê um ponto.

Praxia- Em caso de escolaridade igual ou inferior a 4 anos, peça ao paciente para copiar o desenho dos dois triângulos isósceles em intersecção, com cerca de 2,5cm em cada lado. Todos os ângulos devem ser respeitados, assim como a inserção entre eles. Não deve ser levado em consideração o tremor. Dê 1 ponto pelo acerto. Em caso de escolaridade acima de 4 anos pede-se ao paciente para desenhar pentágonos em intersecção entre 2 ângulos, despreze o tremor.Também dê um ponto para o acerto.

ESCLARECIMENTO

O MEMFE-MEM foi calculado com amostra aleatória, em pessoas idosas entre 60 e 92 anos, em comunidade. Você pode comparar o resultado do MEM ou MEMFE do seu paciente como do nosso de acordo com o grau de escolaridade (veja abaixo). Você pode observar que até 8anos de escolaridade o resultado do MEMFE é superior ao do MEM, podendo ser confirmado pelo valor de *p*. Pacientes com mais de 8 anos de escolaridade não teve sua relação significante entre o MEM e o MEMFE (o teste americano foi criado para pessoas com mais de 8 anos de escolaridade). Você ainda pode observar que à medida que aumenta o grau de escolaridade aumenta o resultado de cada teste, sendo que o do MEMFE é sempre melhor do que o do MEM.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCCI, P. H. F., BRUCKI, S. M. D., CAMPACCI, S. R., JULIANO, Y. 1994. **O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade.** Arq Neuropsiquiatr 52(1): 1-7.
BRITO-MARQUES, P. R. **Modificação do Miniexame do Estado Mental em Função da Escolaridade.** Tese (mestrado em Neuropsiquiatria), UFPE, Recife-PE, p.120, 1999.
BRITO-MARQUES, P. R., CABRAL-FILHO, J. E. 2004. **The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil.** Arq Neuropsiquiatr 62(2A): 206-211.
BRITO-MARQUES, P. R., CABRAL-FILHO, J. E. 2005. **Influence of age and schooling on the performance in a modified mini-mental state examination version.** Arq Neuropsiquiatr 63 (3A): 583-587.

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) E (MEMFE*) *Miniexame do Estado mental em Função da Escolaridade.
Paciente: _____
Escolaridade (número de anos completos de escolaridade formal): _____ Data da Avaliação: ____/____/____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Dia da semana (0 - 1 ponto)	
Data do mês (0 - 1 ponto)	
Mês (0 - 1 ponto)	
Ano (0 - 1 ponto)	
Hora – aproximação de 1 hora (0 - 1 ponto)	

ORIENTAÇÃO ESPACIAL

Local específico - sala da avaliação (0 - 1 ponto)	
Instituição (residência, hospital, clínica) (0 - 1 ponto)	
Bairro ou rua próxima (0 - 1 ponto)	
Cidade (0 - 1 ponto)	
Estado (0 - 1 ponto)	

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Manga – Cadeira – Sapato. Posterior ao item cálculo, pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta (0 - 3 pontos)	
--	--

ATENÇÃO E CÁLCULO

Subtrair 100 – 7: 5 tentativas: 93- 86- 79 -72 – 65 (1 ponto para cada item correto)	
(Escolaridade até 4 anos)	
Subtrair 25 – 1: 5 tentativas: 25 - 24 – 23 – 22 – 21(1 ponto para cada subgrupo correto) .	

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra evocada: 0 - 3 pontos)

LINGUAGEM

Nomeação: Nomear um relógio e uma caneta (0 - 2 pontos)

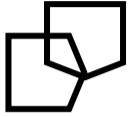
Repetição: Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (0 - 1 ponto)

Compreensão: (falar a frase de forma inteira apenas 1 vez): "Pegue este papel com a mão direita. Dobre ao meio e coloque no chão (0 - 3 pts)

Leitura: Ler em silêncio e obedecer a ordem de: "feche os olhos" (0 - 1 ponto)

Escrita: Escrever uma frase que tenha começo, meio e fim (0 - 1 ponto)

Copiar um desenho (0 - 1 ponto) Pentágonos ou triângulo (Escolaridade até 4 anos)



ESCORE MEM ou MEMFE: (____ / 30)

Assinatura e carimbo do médico

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – escala CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Nome do paciente: _____

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente ()	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno" ()	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia ()	Perda de memória grave; apenas material <i> muito </i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos ()	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem ()
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado ()	Plenamente orientado ()	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais ()	Geralmente desorientado ()	Orientação pessoal apenas ()
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado ()	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças ()	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido ()	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido ()	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico ()
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais ()	Leve dificuldade nestas atividades ()	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial ()	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa ()	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa ()
LAR E PASSA-TEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos ()	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados ()	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados ()	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos ()	Sem qualquer atividade significativa em casa ()
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz ()	Plenamente capaz ()	Necessita assistência ocasional ()	Requer assistência no vestir e na higiene ()	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente ()

Resultado: _____

Assinatura e carimbo do médico

AVALIAÇÃO DE DELÍRIO E ALUCINAÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER (RISPERIDONA)

Liptzin 1999, Goldberg & Goldberg 1997

Nome do paciente: _____

Escolaridade (em anos): _____ Data da Avaliação: ____/____/____

QUESTIONÁRIO

Causa ao paciente constrangimento em acreditar que (dois ou mais itens, três vezes por semana):

Sintomas Psicóticos	Presente	Observação
01. As pessoas estão lhe furcando?		
02. Seu cônjuge está lhe traindo?		
03. Convidados não bem vindos estão morando em sua casa?		
04. Seu cônjuge ou outras pessoas não são quem dizem ser?		
05. Sua casa não é a sua?		
06. Os membros de sua família planejam abandoná-lo?		
07. Personagem da TV está presente em sua casa? Ele interage com a TV?		
08. Fala com pessoas que não estão presentes?		
09. Vê pessoas ou animais que outras pessoas não vêem?		
10. Diz sentir coisas andando sobre a sua pele?		

Observação: _____

Assinatura e carimbo do médico

DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 E C5)

Eu, _____, inscrito sob CRM nº _____, declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensando via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica poderá conter quantidade

para o tratamento correspondente até 6 meses de tratamento, em conformidade com o decreto no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) e, conforme previsto no Art. nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Nome do Paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Patologia:	CID 10:
Medicamento:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
<p>_____</p> <p>Assinatura do paciente ou responsável legal</p>	
Nome do Médico: CRM: UF:	
<p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo médico</p>	
Data:	

Médico solicitante (data, carimbo e assinatura)

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 20/2013
PÊNFIGO VULGAR

1. INTRODUÇÃO

O pênfigo vulgar é uma doença auto-imune, vesículo-bolhosa, crônica e grave, que acomete pele e mucosas. É pouco freqüente, mas é o tipo mais grave dos pênfigos. Ocorre no mundo todo, mas apresenta uma curiosa prevalência na região centro-norte da América do Sul. A faixa etária mais acometida é em indivíduos entre 30 a 60 anos de idade. A presença de anticorpos antidesmossômicos resulta na dissolução da substância cimentante intercelular pela destruição dos desmossomos que mantêm unidas as células epiteliais gerando uma separação intra-epitelial característica, que ocorre logo acima da camada de células basais.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

L10.0 - Pênfigo Vulgar

3. MEDICAMENTO

Azatioprina comprimido 50mg

Geralmente, a dose inicial é de 1-3 mg/kg de peso corporal/dia e deve ser ajustada dentro destes limites, dependendo da resposta clínica (que pode ser evidente em semanas ou meses) e da tolerância hematológica.

Micofenolato de mofetila comprimido 500mg

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no Estado de Pernambuco;
Diagnóstico realizado por médico especialista (Dermatologista) e confirmado por exames obrigatórios.

Para a inclusão de micofenolato de mofetila:

Deverá apresentar falha terapêutica ou intolerância a azatioprina, justificada em laudo médico.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Varicela existente ou recente;
Pacientes com Herpes Zoster.

5. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)**Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Hemograma;
Uréia e Creatinina;
TGO e TGP;
Exame histopatológico (caso necessário para confirmação de diagnóstico).

Renovação a cada 6 meses

Hemograma;
Uréia e Creatinina;
TGO e TGP.

6. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
out/21	4	Mudança do layout	CEFT e CAFT
set/18	3	Mudança do layout	CEFT e CAFT
nov/16	2	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
jul/13	0	Aprovação	CEFT e CAFT
jun/13	0	Criação da Norma - TAC. Ref. Inquérito Civil nº01/07	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

**NORMA TÉCNICA 15/2013
DOR NEUROPÁTICA**

1. INTRODUÇÃO

A capacidade para sentir dor tem papel protetor para os seres vivos, alertando-os diante de um iminente ou real dano aos tecidos e induzindo reflexos coordenados e respostas comportamentais para que a lesão seja mínima. Se o dano tecidual for inevitável, uma gama de alterações da excitabilidade no sistema nervoso central e periférico se estabelece como um profundo, mas reversível, estado de dor e hipersensibilidade no tecido inflamado e nas suas adjacências. Esse processo facilita a reparação das partes lesadas, evitando o contato local até que a cura aconteça. Entretanto, quando as lesões afetam as vias nervosas centrais e periféricas, podem se desenvolver síndromes dolorosas persistentes que não oferecem nenhuma vantagem biológica, causando sofrimento e estresse para os portadores. A dor neuropática é, pois, um estado de má adaptação provocada por alterações funcionais e estruturais das vias sensitivas centrais e periféricas que produzem marcadas modificações e perversões no processamento das informações nociceptivas

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

G50.0 - Nevralgia do trigêmeo
G50.1 - Dor facial atípica
G53.0 - Nevralgia pós-zoster
G54.6 - Síndrome dolorosa do membro fantasma
G56.4 - Causalgia
G62.1 - Polineuropatia alcoólica
G63.1 - Polineuropatia em doenças neoplásicas
G63.2 - Polineuropatia diabética
G63.8 - Polineuropatia em outras doenças classificadas em outra parte
G95.1 - Siringomielia
G73.0 - Síndromes Miesténicas em Doenças Endócrinas
G90.0 - Neuropatia Autonômica Periférica Idiopática
G99.0 - Neuropatia Autonômica em Doenças Endócrinas e Metabólicas

3. MEDICAMENTOS

Baclofeno comprimido 10 mg
Fluoxetina comprimido 20mg
Gabapentina cápsula 300 mg e 400 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;
Diagnóstico realizado por médico especialista;
Pacientes portadores de dor neuropática de diversas causas, especialmente neuropatia diabética, pós-herpética, relacionada à infecção pelo HIV e trigeminal e ainda dor neuropática de qualquer outra origem e de difícil controle com outros tipos de analgésico;
Idade superior a 18 anos

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o mãe supere os riscos potenciais para a criança;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Pacientes com intolerância ao fármaco ou que apresente efeitos colaterais muito importantes;
Pacientes com idade inferior a 18 anos.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)**

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originals)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita (Gabapentina).
Escala da Dor EVA – Escala Visual Analógica (ANEXO);
Escala da Dor LANSS (ANEXO)

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita (Gabapentina).
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, exame físico geral, descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento;

Renovação a cada 6 meses

Laudo Médico, quando necessário por mudança de medicamento ou posologia

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
out/21	3	Alteração layout para publicação em DOE Inclusão de critérios para medicamentos da Portaria SVS 344/98	CEFT
set/18	2	Mudança do layout	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
mai/13	0	Aprovação	CEFT e CAFT
mai/13	0	Criação da Norma	CEFT e CAFT

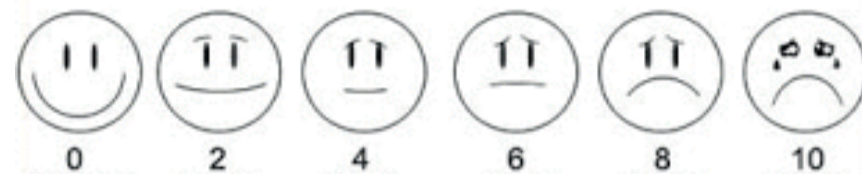
EVA (Escala Visual Analógica de dor)

Nome: _____
Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ CID: _____

A escala Visual Analógica – EVA consiste em escore de aferição da intensidade de dor pelo paciente. Trata-se de uma linha reta indicando em uma extremidade a marcação "sem dor" e, na outra, "pior do possível". Para utilizar a EVA, o médico deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 (zero) significa ausência total e 10 (dez) o nível de dor máxima suportável pelo paciente.

Escalas de Intensidade de dor (escala numérica de 0 a 10)**Escala de descritores verbais (sem dor/dor leve/dor moderada/dor intensa/dor insuportável)****Escala de descritores verbais (sem dor/dor leve/dor moderada/dor intensa/dor insuportável)**

_____ |
Sem dor | Dor insuportável

Escala de Faces Wong Baker

Médico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

ESCALA DE DOR LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)

Nome: _____
Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR - Pense na dor que você vem sentindo na última semana.

Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas **SIM** ou **NÃO**.
1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.
a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]
b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]
2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.
a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]
b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.[5]
3) A sua dor faz com que a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.
a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]
b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]
4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.
a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]
b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]
5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.
a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]
b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).
6) ALODINIA Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.
a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]
b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]
7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA
a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.
b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA Alterado. c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.
a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]
b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE: Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um score global.

ESCORE TOTAL (máximo 24): _____

Se o escore for menor que 12, mecanismos neuropáticos são improváveis de estarem contribuindo para a dor do paciente. Se escore igual ou maior que 12, mecanismos neuropáticos provavelmente estão contribuindo para a dor do paciente.

Médico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

**NORMA TÉCNICA 16/2013
NEOPLASIA MAMÁRIA – DOENÇA METASTÁTICA**

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um termo genérico e se refere a um grupo de doenças crônicas que tem como característica o crescimento desordenado de células em diferentes órgãos e tecidos do organismo. Existem centenas de tipos diferentes de câncer, e sua classificação está relacionada ao tipo de célula na qual o desenvolvimento anormal se iniciou. Em relação aos diferentes tipos de câncer, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres, com 1,67 milhões de casos novos, em 2012, no mundo (INCA, 2018).

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

C 50.0 - Neoplasia maligna do mamilo e aréola;
C 50.1 - Neoplasia maligna da porção central da mama;
C 50.2 - Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama;
C 50.3 - Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama;
C 50.4 - Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama;
C 50.5 - Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama;
C 50.6 - Neoplasia maligna da porção axilar da mama;
C 50.8 - Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva;
C 50.9 - Neoplasia maligna da mama, não especificada.

3. MEDICAMENTOS

Trastuzumabe solução injetável frasco-ampola 440 mg
-Dose Máxima
Indução - 8 mg/kg de peso corpóreo;
Manutenção - 6 mg/kg de peso corpóreo a cada 21 dias até a 1ª progressão (tratamento metastático).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Oncologista Clínico) vinculados às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS e habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

Residir no Estado de Pernambuco;
Ter idade superior a 18 anos;
Diagnóstico histológico de câncer de mama invasivo;
Não estar dentro dos critérios de inclusão para tratamento de primeira linha do PCDT;
Ter realizado tratamento poliquimioterápico de Primeira linha para doença metastática com Trastuzumabe;
Super expressão da proteína HER2: +++ na Imunohistoquímica ou teste de Fish + ou ISH +; Laudo médico que confirme a existência de doença metastática.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Na vigência de gestação ou período de amamentação;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita (Gabapentina).
Escala da Dor EVA – Escala Visual Analógica (ANEXO);
Escala da Dor LANSS (ANEXO)

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita (Gabapentina).
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Imunohistoquímico e/ou Teste de FISH/ISH;
Histopatológico;
Laudo médico que confirme a existência de doença metastática (laudo padrão).

Renovação a cada 6 meses

Laudo médico demonstrando a não progressão da doença

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
out/21	3	Revisão de layout Exclusão da apresentação subcutânea 600mg/5mL, por baixa adesão dos serviços e mudança de horizonte tecnológico com a entrada da apresentação IV similar baixando o preço de mercado.	CEFT
out/18	2	Inclusão da opção de Teste ISH; Adequação do critério de inclusão Inclusão da apresentação subcutânea aprovada em reunião CEFT	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização layout	CEFT e CAFT
jun/13	0	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANEXO I

LAUDO MÉDICO PARA NEOPLASIA MAMÁRIA – DOENÇA METASTÁTICA EM SEGUNDA LINHA/OU PRIMEIRA LINHA QUE NÃO ATENDE AOS

Paciente: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data descoberta do diagnóstico: ___/___/___
Descoberta documentada por: _____

() Quadro clínico/exame físico () Exames complementares

Sítio(s) da doença metastática:
() óssea () hepática () pulmonar () cutânea () SNC () linfonodal () Outras: _____

Informações complementares:

A doença metastática progrediu durante a utilização do trastuzumabe: () sim () não
Realizou trastuzumabe adjuvante: () sim () não Período: _____
Tratamento associado: () quimioterapia () hormonioterapia () radioterapia () isolado () outros: _____

Observações:
Anexar laudo histológico/imunohistoquímico que comprovem o câncer de mama e a hiperexpressão da proteína HER-2
A Norma Técnica autoriza apenas a utilização de trastuzumabe para tratamento de segunda linha no câncer de mama metastático, ou de primeira linha que não atende os critérios do PCDT.

Carimbo e assinatura do médico/CRM

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 14/2013
EPILEPSIA

1. INTRODUÇÃO

Epilepsia é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias e caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas (Engel J Jr, 2008). Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado (Fisher RS et al, 2005). Estima-se que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5%-1,0% da população (Banerjee PN et al, 2008) e que cerca de 30% dos pacientes sejam refratários, ou seja, continuam a ter crises, sem remissão, apesar de tratamento adequado com medicamentos anticonvulsivantes

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

G40.0 - Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal;
G40.1 - Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples;
G40.2 - Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas;
G40.3 - Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas;
G40.4 - Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas;

G40.5 - Síndromes epiléticas especiais;
G40.6 - Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal);
G40.7 - Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal;
G40.8 - Outras epilepsias

3. MEDICAMENTOS

Oxycarbazepina comprimido 300 mg
Oxycarbazepina comprimido 600 mg
Dose máxima: 3g/dia

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, exame físico geral, com ênfase nas áreas neurológica e psiquiátrica, descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento. Já ter utilizado pelo menos dois medicamentos dispensados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para epilepsia: Clobazam, Etossuximida, Gabapentina, Primidona, Topiramato, Lamotrigina e Vigabatrina

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Pacientes com diagnóstico duvidoso de epilepsia ou suspeita de crises não epiléticas: pacientes com eventos paroxísticos não epiléticos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, exame físico geral, com ênfase nas áreas neurológica e psiquiátrica, descrição dos medicamentos e doses máximas previamente empregadas no tratamento;

Renovação a cada 6 meses

Laudo Médico, quando necessário por mudança de medicamento ou posologia

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
out/21	4	Atualização layout para publicação em DOE Sem sugestões do comitê assessor Inclusão de critérios para medicamentos da Portaria SVS 344/98	CEFT
ago/18	3	Atualização layout	CEFT e CAFT
nov/16	2	Atualização de periodicidade e exames	CEFT e CAFT
dez/14	1	Atualização	CEFT e CAFT
mai/13	0	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
fev/13	0	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 12/2013
IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE DE PULMÃO

1. INTRODUÇÃO

O transplante de pulmão pode beneficiar pacientes com problemas pulmonares evolutivos que não respondem mais à medicação e necessitam de oxigenação artificial. Enquadram-se aí os portadores da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), de enfisema pulmonar, fibrose pulmonar, bronquiectasia, hipertensão pulmonar - males adquiridos ao longo da vida - e de fibrose cística, de origem congênita. Os imunossupressores agem em diferentes pontos da resposta imune, por isso são combinados em esquemas, cada qual atuando em diversas partes do processo de rejeição.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 2 - Pulmão transplantado

3. MEDICAMENTO

Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL
Sirolimo drágea 1 mg
Sirolimo drágea 2 mg
Tacrolimo cápsula 1 mg
Tacrolimo cápsula 5 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para todos os medicamentos

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Residir no Estado de Pernambuco;

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, justificativa do uso do(s) medicamento(s);

Tacrolimo
Pacientes que tenham realizado transplante de pulmão, refratários à terapia padrão com glicocorticóide, ciclosporina e azatioprina;
Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, ciclosporina e azatioprina.

Sirolimo
Pacientes que tenham realizado transplante de pulmão, refratário à terapia com tacrolimo;
Reações de hipersensibilidade conhecida ao tacrolimo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Não há

Renovação a cada 6 meses

Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	03	Mudança layout	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
 Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 11/2013
IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE CARDÍACO

1. INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco persiste sendo o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca refratária, apesar da grande melhora na expectativa de vida com o tratamento clínico. Vários avanços nessa área foram observados na última década, com a incorporação de novas técnicas cirúrgicas, novos imunossuppressores, novos métodos diagnósticos e abordagens nos pós-operatórios precoces e tardios. O Brasil tem ocupado cada vez mais espaço no campo dos transplantes, com destaque na América Latina, e acima de tudo como país referência no transplante cardíaco na doença de Chagas, guiando condutas que são incorporadas no mundo todo.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 1 - Coração transplantado

3. MEDICAMENTO

Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL
 Sirolimo drágea 1 mg
 Sirolimo drágea 2 mg
 Tacrolimo cápsula 1 mg
 Tacrolimo cápsula 5 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para todos os medicamentos

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Residir no Estado de Pernambuco;

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, justificativa do uso do(s) medicamento(s);

Tacrolimo

Pacientes que tenham realizado transplante cardíaco, refratários à terapia padrão com glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina e azatioprina;

Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina e azatioprina.

Sirolimo

Pacientes que tenham realizado transplante cardíaco, refratário à terapia com tacrolimo;

Reações de hipersensibilidade conhecida ao tacrolimo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Não há

Renovação a cada 6 meses

Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	03	Mudança layout Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
 Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 10/2013
IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE DE FÍGADO

1. INTRODUÇÃO

O transplante de fígado foi o mais importante avanço no tratamento da doença hepática crônica terminal das últimas décadas. Atualmente, é considerado tratamento definitivo para pacientes com doença hepática terminal. Além da cirrose avançada, também está indicado na insuficiência hepática aguda grave, no carcinoma hepatocelular, na síndrome de Budd-Chiari, na colangite esclerosante primária, na polineuropatia amiloidótica familiar, em algumas doenças metabólicas, entre outras. A imunossupressão objetiva prevenir ou reduzir os episódios de rejeição ao enxerto, permitindo o funcionamento adequado do órgão transplantado. É indispensável para estabelecer o estado de indução, manter a imunossupressão e tratar os eventuais episódios de rejeição aguda e crônica.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 4 - Fígado transplantado

3. MEDICAMENTO

Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL
 Sirolimo drágea 1 mg
 Sirolimo drágea 2 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Residir no Estado de Pernambuco;

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, justificativa do uso do(s) medicamento(s); Pacientes que tenham realizado transplante de fígado, refratária à terapia padrão com glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina, azatioprina e tacrolimo;

Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticóide, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, ciclosporina, azatioprina e tacrolimo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Não há

Renovação a cada 6 meses

Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	03	Mudança layout Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
 Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 09/2013
IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

1. INTRODUÇÃO

O transplante de células tronco hematopoéticas (TCPs) constitui um recurso terapêutico utilizado para resgatar os pacientes que receberam quimioterapia ou irradiação em doses letais para o tratamento de uma série de doenças malignas hematológicas (Gratwohl

et al, 2002) e para várias doenças congênitas e adquiridas de origem hematopoética, metabólicas ou imunológicas (Armitage, 1994). O TCPHs consiste na infusão intravenosa de células progenitoras hematopoéticas com o objetivo de restabelecer a função medular nos pacientes com medula óssea danificada ou defeituosa (Armitage, 1994). São três as modalidades de transplante de medula óssea: Transplante Alogênico, Transplante Singênico e Transplante Autogênico.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94. 8 – Outros órgãos e tecidos transplantados

3. MEDICAMENTO

Micofenolato de mofetila comprimido 500 mg
Sirolimo solução oral frasco 1 mg/ml 60 mL
Sirolimo drágea 1 mg
Sirolimo drágea 2 mg
Tacrolimo cápsula 1 mg
Tacrolimo cápsula 5 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para todos os medicamentos
Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Residir no Estado de Pernambuco;
Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, justificativa do uso do(s) medicamento(s);

Tacrolimo e Micofenolato de Mofetila
Pacientes com diagnóstico de DECH aguda ou crônica moderada ou grave, refratária à terapêutica padrão com glicocorticoide e ciclosporina;
Reações de hipersensibilidade conhecida a glicocorticoide e ciclosporina.

Sirolimo
Pacientes com diagnóstico de DECH crônica moderada ou grave refratária à terapêutica com o micofenolato de mofetila;
Reações de hipersensibilidade conhecida a micofenolato de mofetila

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Não há

Renovação a cada 6 meses
Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	03	Mudança layout	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 08/2013
COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSPLANTE

1. INTRODUÇÃO

O transplante de órgão sólido é uma opção de tratamento para melhorar a qualidade de vida de pessoas de qualquer idade, que apresentam doença crônica de caráter irreversível e em estágio final. Após o transplante o paciente fica sujeito algumas complicações. Algumas medidas são utilizadas tanto para prevenção, quanto tratamento destas condições. Como exemplo temos os agentes antivirais e corticóides.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

Z94.0 - Rim transplantado
Z94.1 - Coração transplantado
Z94.2 - Pulmão transplantado
Z94.3 - Coração e pulmões transplantados
Z94.4 - Fígado transplantado
Z94.5 - Pele transplantada
Z94.6 - Osso transplantado
Z94.7 - Córnea transplantada
Z94.8 - Outros órgãos e tecidos transplantados

3. MEDICAMENTO

Aciclovir comprimido 200 mg
Ganciclovir comprimido 250 mg
Enalapril comprimido 10mg
Prednisona comprimido 5 mg
Prednisona comprimido 20 mg
Sulfametazol + trimetropina comprimido 400 + 80mg
Sulfametoxazol + trimetropina suspensão oral 8 + 40 mg/ml
Sulfato ferroso solução oral 25mg
Sulfato ferroso comprimido 40mg
Pantoprazol comprimido 20 mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, quando realizou o transplante e justificativa do uso do(s) medicamento(s)

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Não há

Renovação a cada 6 meses
Não há

OBS: Para Tratamento de Recidivas, solicitar exames de Renovação e Laudo Médico.

8. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
07/2021	04	Inclusão do item Pantoprazol comprimido 20 mg pela retirada da Ranitidina que foi recolhida do mercado Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2020	03	Retirada do item Nifedipino comprimido 20mg, pois não há demanda e o mesmo junto com anlodipino já é disponibilizado pelo componente básico.	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
02/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 06/2013
FIBROSE CÍSTICA

1. INTRODUÇÃO

Fibrose cística, também chamada de mucoviscidose, é uma doença genética autossômica recessiva. Embora predomine na população caucasiana, com incidência de 1:3.000 nascidos vivos, pode estar presente em todos os grupos étnicos. No Brasil, a incidência ainda é ignorada, contudo estudos regionais mostram dados estatísticos variáveis que sugerem uma incidência em torno de 1:7.000 no país como um todo (Raskin S et al, 2008). A vida média dos pacientes com fibrose cística tem aumentado nos últimos anos, alcançando a terceira década, resultado do diagnóstico precoce e do tratamento especializado instituído nas fases iniciais da doença (Gerritsen J. et al, 2008). Fibrose cística é uma doença multissistêmica, sendo o acometimento pulmonar responsável pela maior morbimortalidade dos pacientes. O acúmulo de muco nas vias aéreas inferiores é uma das características-chave da fisiopatogenia da doença pulmonar, assim como a presença de reação inflamatória predominantemente neutrofílica e infecção bacteriana.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

E84.0 – Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 - Fibrose cística com outras manifestações

3. MEDICAMENTO

Azitromicina comprimido 500 mg
Azitromicina 600 mg, pó para suspensão oral
Ciprofloxacino, cloridrato comprimido 500 mg
Colistimetato de sódio (polimixina) solução injetável pó liofilizado 150 mg
Colistimetato de sódio (polimixina) solução injetável pó liofilizado 80 mg
Colecalciferol + Retinol, acetato (10.000 UI/mL + 50.000 UI/mL), solução oral
Colecalciferol (1000 UI), comprimido
Alfatocoferol (Vitamina E) cápsula 400 mg
Pantoprazol 20 mg Comprimido

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;
Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, evidenciando o diagnóstico de Fibrose Cística e justificativa do uso do(s) medicamento(s).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 10 dias; Tratamento de acordo com posologia ou tratamento contínuo

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, evidenciando o diagnóstico de Fibrose Cística e justificativa do uso do(s) medicamento(s).

Renovação a cada 6 meses

Laudo Médico, quando necessário por mudança de medicamento ou posologia

8. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
07/2021	06	Inclusão de: Pantoprazol 20 mg Comprimido Alteração de layout	CEFT e CAFT
12/2020	05	Retirada de: Ciprofloxacino, cloridrato comprimido 250 mg e Ranitidina comprimido 150 mg – Por retirada de mercado Retirada de: Tobramicina solução inalatória 75mg/ml flaconete com 4 mL, por inclusão desse item pelo Ministério.	CEFT e CAFT
01/2020	04	Inclusão Colecalciferol (1000 UI), comprimido Colecalciferol (50000+1000 UI/mL), solução oral Azitromicina 600 mg, pó para suspensão oral Ciprofloxacino, cloridrato comprimido 250mg Exclusão Retinol (Vitamina A) cápsula 50.000UI	CEFT e CAFT
10/2019	03	Inclusão da apresentação Colistimetato de sódio (polimixina) solução injetável pó liofilizado 80mg Exclusão dos itens Amicacina solução injetável 100mg Amicacina solução injetável 500mg Clarithromicina comprimido 500mg Fenoterol solução para inalação 200mcg/dose (frasco com 200 doses) Gentamicina solução injetável 80mg/ML Sulfametazol + trimetropina comprimido 400 + 80mg	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança do layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação da Norma	CAFT
03/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 05/2013
DOENÇA DE PARKINSON

1. INTRODUÇÃO

Doença de Parkinson (DP), descrita por James Parkinson em 1817, é uma das doenças neurológicas mais comuns e intrigantes dos dias de hoje. Tem distribuição mundial e atinge todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Estima-se uma prevalência de 100 a 200 casos por 100.000 habitantes. Sua incidência e prevalência aumentam com a idade (Tanner C, et al, 1997). Parkinson é uma doença neurológica, sem causa definida, que raramente ocorre antes dos 50 anos e que evolui lentamente levando à incapacidade física e mental. A doença de Parkinson pode causar tremores durante o repouso, rigidez nos músculos, diminuição da mobilidade, dificuldade no equilíbrio, alterações emocionais (depressão, ansiedade) e demência.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

G20 - Doença de Parkinson

3. MEDICAMENTO**Biperideno 2 mg Comprimido;**

Biperideno: a dose terapêutica situa-se entre 2 e 8 mg/dia.

Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg – cápsula de liberação prolongada HBS®;**Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg – Comprimido Dispersível para solução;**

Levodopa/benserazida: a dose recomendada é de 200/50 mg/dia, dividida em pelo menos 2 administrações.

As doses vão sendo ajustadas subsequentemente de acordo com a resposta clínica. A dose média eficaz para a maioria dos pacientes é de 600-750 mg/dia de levodopa.

Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg, comprimido de liberação modificada- imediata e prolongada;**Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg, comprimido;****Levodopa 250 mg + Carbidopa 25 mg, comprimido;**

Levodopa/carbidopa: a dose inicial recomendada é de 250/25 mg/dia, dividida em pelo menos 2 administrações.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS;

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, evidenciando o diagnóstico de Doença de Parkinson e justificativa do uso do(s) medicamento(s).

Crítérios necessários para diagnóstico de DP – Bradicinesia (e pelo menos um dos seguintes sintomas abaixo): – Rigidez muscular – Tremor de repouso (4-6 Hz) avaliado clinicamente – Instabilidade postural não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes dos medicamentos

Biperideno não deve ser prescrito para pacientes a partir dos 65 anos

Justificativa: A doença de Parkinson apresenta sintomas de alteração de humor, cognitivos e demenciais proporcionais ao aumento da idade.

Efeitos adversos do biperideno podem se confundir ou aumentar o quadro não-motor do parkinsonismo com - desorientação, confusão, aumento na perda de memória, depressão, euforia, ilusões, alucinações visuais, delírios, agitação, etc.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG

Cadastro de Pessoa Física – CPF

Cartão Nacional de Saúde – CNS

Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)

Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até **180 dias** por receita;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Laudo médico informando o histórico clínico do paciente, evidenciando o diagnóstico de Doença de Parkinson e justificativa do uso do(s) medicamento(s).

Renovação a cada 6 meses

Laudo Médico, quando necessário por mudança de medicamento ou posologia

7. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
09/2021	03	Inclusão de Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg, comprimido de liberação modificada; Exclusão de Levodopa 200 mg + Carbidopa 50 mg, comprimido;	CEFT e CAFT
08/2018	02	Atualização layout/Inclusão do Laudo detalhado	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANEXO I

DOENÇA DE PARKINSON (CID 10: G20)
LAUDO MÉDICO DETALHADO

Paciente: _____ Idade: _____

Sexo: Masculino ___ Feminino ___ CPF: _____ Apresenta início da doença há: _____

Crítérios necessário para diagnóstico de doença de Parkinson:

- Bradicinesia (e pelo menos um dos sintomas abaixo)
- Rigidez muscular
- Tremor de repouso (4-6Hz)
- Instabilidade postural não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos.

Crítérios de suporte positivo (necessário no mínimo 3)

- Início unilateral
- Tremor de repouso
- Doença progressiva
- Persistência da assimetria dos sintomas
- Boa resposta a levodopa
- Discinesias induzidas por levodopa
- Resposta a levodopa por 5 anos ou mais
- Evolução clínica de 10 anos ou mais

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 04/2013
OSTEOPOROSE

1. INTRODUÇÃO

A osteoporose é um distúrbio osteometabólico caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea (DMO), com deterioração micro arquitetural do tecido ósseo, levando a um aumento da fragilidade esquelética e do risco de fraturas. Atinge homens e mulheres com predominância no sexo feminino com deficiência estrogênica, após a menopausa que ocorre entre 45 e 55 anos (osteoporose pós-menopausa) e acima de 65 anos, tanto em homens como mulheres (osteoporose senil) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

CIDs contemplados para apenas Teriparatida

M 80.0 - Osteoporose Pós-menopáusicas com fratura patológica
M 80.1 - Osteoporose Pós-ooftectomia com fratura patológica
M 80.4 - Osteoporose Induzida por drogas com fratura patológica
M 80.5 - Osteoporose Idiopática com fratura patológica
S 22.0 - Fratura de vértebra torácica
S 32.0 - Fratura de vértebra lombar
M 81.8 - Outras Osteoporoses (observados os critérios de inclusão, notadamente o último e penúltimo específicos para Teriparatida)
CIDs contemplados para apenas o Ácido Zoledrônico
M 81.4 - Osteoporose induzida por drogas
M 81.8 - Outras Osteoporoses

3. MEDICAMENTO**Teriparatida solução injetável com sistema de aplicação 250 mcg/mL**

Recomenda-se a dose de 20 mcg ao dia, em via subcutânea, por um período máximo de 12 meses

Em pacientes de alto risco (apresentando histórico de fraturas), tratamento de dois anos.

Ácido Zoledrônico solução injetável frasco-ampola 5mg/100 mL

Para o tratamento de osteoporose com ou sem fraturas: Dose de 5 mg de Ácido Zoledrônico em solução aquosa de 100 ml em intervalos nunca inferiores a um ano.

A duração máxima de tratamento será de três anos. Em pacientes de alto risco (apresentando histórico de fraturas), tratamento de três a seis anos.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**Teriparatida**

Ser acompanhado por médico especialista (Endocrinologista, Geriatria, Reumatologista, Ginecologista ou Traumato ortopedista) vinculadas às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;

Residir no Estado de Pernambuco;

Ter idade superior a 18 anos;

Diagnóstico de Osteoporose definida por escore T igual ou inferior a –2,5 desvios padrão, com fratura prévia;

História de quedas frequentes ou de fatores que predisponem à queda (ex. doença de Parkinson, Instabilidade Postural);

OU Osteoporose grave (densitometria < -2,5 DP com mais de duas fraturas osteoporóticas; espontânea não patológica ou queda da própria altura, excluindo-se fraturas de dedos e face);

OU Paciente que fez uso de antireabsorvivo, mas o tratamento não promoveu estabilização da massa óssea (deverá ser anexada no mínimo 01 (uma) densitometria óssea que comprove o insucesso terapêutico, com intervalo mínimo de um ano);

OU Pacientes com massa óssea estabilizada, mas com pelo menos 02 (dois) dos seguintes fatores de risco para ocorrência de fraturas: escore T < -4 DP; idade superior a 60 (sessenta) anos; fratura prévia; síndrome de má absorção intestinal - SMA (CID K 90).

Ácido Zoledrônico

Ser acompanhado por médico especialista (Endocrinologista, Geriatria, Reumatologista, Ginecologista ou Traumatologista) vinculadas às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;
Residir no Estado de Pernambuco;
Ter idade superior a 18 anos;
Diagnóstico de Osteoporose definida por escore T igual ou inferior a –2,5 desvios padrão, sem fratura prévia induzida por drogas;
OU Apresentar alguma contra-indicação para o uso de bifosfanados orais (doença do refluxo gastro esofágico, esofagite, gastrite erosiva; identificada por endoscopia) ou instabilidade da massa óssea com a terapêutica com bisfosfonatos orais ou moduladores seletivos dos receptores de estrógenos - SERMs (deverá ser anexada 01 (uma) densitometria óssea que comprove o insucesso terapêutico, com intervalo mínimo de um ano).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Na vigência de gestação ou período de amamentação;
Reações locais e sistêmicas de hipersensibilidade aos componentes dos medicamentos;
Presença de nefropatias, arritmias cardíacas principalmente fibrilação arterial;
Apresentar causas secundárias como Hipertireoidismo, Acromegalia e Cirrose Biliar Primária Ácido Zoledrônico
Além dos critérios descritos;
Clearance de creatinina abaixo de 35 ml / min;
Teriparatida:
Além dos critérios descritos;
Pacientes que estejam utilizando radioterapia externa ou implante com radiação;
Paciente com Hipercalcúria (> 300 mg/24 horas)
Pacientes com metástases ósseas ou história de câncer ósseo;
Doença de Paget;
Apresentar causas secundárias como Hiperparatireodismo Primário ou Terciário e Neoplasias.

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Densitometria Óssea;
 Raios-X da coluna dorsal e lombar;
 Hemograma com VSH;
 Dosagem Sanguínea do 25OH-D (25hidroxí vitamina D);
 Paratormônio (PTH);
 Creatinina Sérica;
 Hormônio Tireoestimulante (TSH);
 Transaminases (TGO e TGP);
 Fosfatase Alcalina;
 Cálcio e Fósforo Séricos;
 Proteínas Totais e Frações;

Para Ácido Zoledrônico também:

Endoscopia (para os casos de comprovação de doença do refluxo gastro esofágico, esofagite, gastrite erosiva na solicitação de ácido zoledrônico)

Renovação a cada 6 meses

Para Teriparatida:
Conforme avaliação clínica
Para Ácido Zoledrônico:
Densitometria Óssea – anualmente.

7. REVISÕES

Data	Revisão	Atualização	Revisores
09/2021	02	Nenhuma sugestão do CAFT Alteração de layout para publicação em DOE	CEFT e CAFT
10/2018	01	Revisão do período de tratamento do teriparatida	CEFT e CAFT
08/2018	01	Inclusão da especialidade Traumatologia	CEFT e CAFT
12/2014	00	Atualização	CEFT e CAFT
12/2013	00	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Atualização	CEFT e CAFT
07/2012	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 04/2012
DOENÇAS HEPÁTICAS

1. INTRODUÇÃO

As doenças hepáticas são classificadas de acordo com a causa e o efeito sobre o fígado. As causas incluem infecções, lesões, exposição a medicamentos ou substâncias tóxicas, e defeitos genéticos que causam o acúmulo de substâncias nocivas, como ferro ou cobre. Entre as doenças hepáticas mais frequentes encontram-se: hepatites virais; esteatose hepática (infiltração gordurosa do fígado); doenças metabólicas; patologias de origem autoimune; hepatotoxicidade causada por drogas e obstrução completa ou parcial dos ductos biliares.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

K 70 – Doença alcoólica do fígado
K 71 – Doença hepática tóxica
K 74 – Fibrose cirrose hepática
K 76 – Outras doenças do fígado
K 77 - Transtornos do fígado em doenças classificadas em outra parte
K 80 – Colelitíase
K 83 – Outras doenças das vias biliares
K 87 – Transtornos da Vesícula Biliar, das Vias Biliares e do Pâncreas em Doenças Classificadas em Outra Parte.

3. MEDICAMENTO

Ácido Ursodesoxicólico comprimido 150 mg
Ácido Ursodesoxicólico comprimido 300 mg
– Dose Máxima – 15 mg/Kg de peso corpóreo quatro vezes ao dia

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido por médico especialista (Gastroenterologista ou Hepatologista) em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
Paciente com diagnóstico de hepatite aguda grave, icterícia obstrutiva, obstrução completa, hipertensão da via biliar;
Paciente portador de patologias orgânicas inflamatórias do trato gastrointestinal, vesícula excluída ou não funcionante ou com litíase cálcica

6. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/ Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Gama GT (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Fosfatase Alcalina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Tempo de Protrombina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Bilirrubina (Validade de 90 dias);
Cópia do Laudo de Ultrassonografia Abdominal (ecografia) (validade de até um ano);

Renovação a cada 6 meses

Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Gama GT (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Fosfatase Alcalina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Tempo de Protrombina (Validade de 90 dias);
Cópia do exame de Bilirrubina (Validade de 90 dias);
Cópia do Laudo de Ultrassonografia Abdominal (ecografia) a cada 12 (doze) meses.

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
09/2021	04	Mudança do Layout para impressão em DOE Nenhuma sugestão do CAFT	CEFT e CAFT
09/2018	03	Mudança do layout	CEFT e CAFT
11/2016	02	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
06/2012	00	Criação e aprovação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 03/2014
MIASTENIAS GRAVIS

1. INTRODUÇÃO

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune da porção pós-sináptica da junção neuromuscular caracterizada por fraqueza flutuante que melhora com o repouso e piora com o exercício, infecções, menstruação, ansiedade, estresse emocional e gravidez. Tal fraqueza pode ser limitada a grupos musculares específicos (i.e., músculos oculares, faciais, bulbares) ou ser generalizada. A crise miastênica é definida por insuficiência respiratória associada a fraqueza muscular grave. Na maioria dos pacientes a MG é causada por anticorpos contra receptores de acetilcolina (ACh). Por tratar-se de doença de caráter autoimune, outras afecções de mesma natureza podem coexistir em paciente com diagnóstico de MG, devendo ser rastreadas de forma racional. As complicações clínicas mais importantes da MG são a tetraparesia e a insuficiência respiratória (crise miastênica). O tratamento da MG objetiva o controle dos sintomas motores característicos, a diminuição das exacerbações, o aumento do período em remissão e tratamento das crises miastênicas.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

G70.0 Miastenia Gravis

3. MEDICAMENTOS**Micofenolato de Mofetila 500mg, comprimido.**

Posologia: Micofenolato de Mofetila - 1 g (2 comprimidos) a 1,5 g (3 comprimidos), duas vezes por dia

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;
Diagnóstico realizado por médico especialista;
Fraqueza adquirida de músculos voluntários incluindo aqueles inervados por nervos cranianos;
Flutuação e fadigabilidade;
Resposta eletromiográfica com decremento de amplitude do potencial muscular de pelo menos 10% após estimulação repetitiva a 3-5 Hz; ou
Melhora clínica objetiva após instituição de medicamentos anticolinesterásicos realizada em serviço especializado ou;
Eletromiografia de fibra única positiva (com jitter médio maior que 20micro s); ou Concentração de anticorpos anti-receptor de acetilcolina maior que 1nM.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras formas de Miastenia que não forem a Miastenia Gravis;
Não atendimento aos critérios de inclusão;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento

6. CRITÉRIOS DE INTERRUPTÃO

Se houver desenvolvimento de neutropenia (contagem absoluta de neutrófilos < 1,3 x 10³/µl) pode ser adequado interromper ou descontinuar o tratamento com Micofenolato de mofetila.

7. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)**

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Estudo Eletroencefalográfico OU
Eletroencefalográfico de fibra única
Anticorpo anti-receptor de Acetilcolina (anticorpo antimúsculo estriado)

Renovação a cada 6 meses

Hemograma Completo;
Provas de função hepática;
Provas de função renal

8. REVISÕES

Data	Rev.	Atualização	Revisores
10/2021	02	Mudança de layout para publicação em Diário Oficial	CEFT e CAFT
08/2018	01	Atualização layout	CEFT e CAFT
04/2014	00	Aprovação da Norma	CEFT e CAFT
03/2014	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 03/2013
DISFUNÇÕES NEUROMUSCULARES DA BEXIGA

1. INTRODUÇÃO

A bexiga hiperativa (BH) é caracterizada por urgência miccional e comumente acompanhada de aumento da freqüência urinária diurna, noctúria e, algumas vezes, de urge-incontinência. O detrusor hiperativo compromete o armazenamento vesical e pode ocorrer em indivíduos com doenças neurológicas ou associados ao envelhecimento, processos obstrutivos infravesicais e obesidade em ambos os gêneros. As causas congênitas mais prevalentes são as mielodisplasias, sendo esta a principal causa de bexiga neurogênica na infância. As causas adquiridas mais freqüentes são as neuropatias periféricas, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, mielites transversas e traumas raquimedulares. Na população idosa, está associada à piora na qualidade de vida e bem-estar, contribuindo para uma maior prevalência de ansiedade, depressão e isolamento social nessa faixa etária.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

N 31.0 - Bexiga Neuropática Não-inibida Não Classificada em Outra Parte
N 31.1 – Bexiga Neuropática Reflexa Não Classificada em Outra Parte

3. MEDICAMENTO

Oxibutinina, cloridrato comprimido 5mg (1o escolha)/Oxibutinina, cloridrato xarope 1mg/mL (uso pediátrico apenas) OU
Dose Máxima: a partir de 18 anos - 20 mg ao dia /acima de 5 anos – 15 mg ao dia

Succinato de Solifenacina, comprimido revestido 5 mg OU
Dose máxima: 10 mg

Mirabegrona, comprimido revestido 50 mg OU
Dose máxima: 50 mg

Toxina Botulínica Tipo A pó liofilizado frasco-ampola 500 UI
Frasco 500 UI – Dose Máxima- 1000UI a cada 4 a 12 meses.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Urologista) vinculados as unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;
Residir no Estado de Pernambuco;
Apresentar Laudo Médico da avaliação clínica, com a cronicidade e gravidade dos sintomas do paciente;

Toxina Botulínica do Tipo A, além dos citados acima:

- a) Ter utilizado previamente 2 (duas) medicações orais distintas em doses terapêuticas, por um período mínimo de 60 dias cada, sem apresentar resultados satisfatórios; ou ter utilizado previamente uma das medicações orais na dose terapêutica e máxima recomendadas (quando possível), por um período mínimo de 60 dias cada, sem apresentar resultados satisfatórios;
b) Ter apresentado intolerância aos tratamentos orais disponíveis.
c) Ter sido diagnosticado hiperatividade detrusora neurogênica ou idiopática por meio de Estudo Urodinâmico.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança;
Anticolinérgicos Orais
Pacientes com glaucoma de ângulo fechado, retenção urinária, íleo paralítico, atonia intestinal dos idosos, ou em pacientes debilitados, megacólon, megacólon tóxico com complicação de colite ulcerativa, colite severa e miastenia gravis;
Indivíduos acima de 60 anos devem utilizar preferencialmente as medicações menos lipossolúveis (Solifenacin ou Mirabegrona);
Pacientes que apresentem obstrução infravesical significativa no estudo urodinâmico, a menos que procedimentos para garantir o esvaziamento vesical já tenham sido implementados.
Toxina Botulínica do Tipo A
Pacientes com miastenia gravis ou Síndrome de Lambert-Eaton;
Pacientes em uso concomitante de medicamentos: antibióticos aminoglicosídeos, bloqueadores dos canais de cálcio, aminoquininas, D-penicilamina, tubocurarina, pancurônio, galamina e succinilcolina.

6. CRITÉRIOS DE INTERRUPTÃO

Ineficácia das opções terapêuticas disponíveis;
Procedimentos cirúrgicos para resolução da condição clínica (quando indicado).

7. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)**

Solicitação inicial
Carteira de Identidade – RG
Cadastro de Pessoa Física – CPF
Cartão Nacional de Saúde – CNS
Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial
LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial
Dosagem sérica de uréia;
Creatinina sérica;
Ultrassonografia das vias urinárias;
Estudo Urodinâmico (no caso da toxina botulínica)

Renovação a cada 6 (seis) meses

Dosagem sérica de uréia;
Creatinina sérica;
Ultrassonografia das vias urinárias (anualmente);

8. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
08/2021	04	Estudo urodinâmico (apenas toxina botulínica) Inclusão do critério de inclusão: Ter sido diagnosticado hiperatividade detrusora neurogênica ou idiopática por meio de Estudo Urodinâmico. Mudança de layout para publicação em Diário Oficial	CEFT e CAFT
01/2020	03	RETIRADA: Tolterodina comprimido 1 mg/ Tolterodina comprimido 2 mg/Tolterodina comprimido 4mg Toxina Botulínica Tipo A pó liofilizado frasco-ampola 100 UI INCLUSÃO: Succinato de Solifenacina, comprimido revestido 5 mg, Mirabegrona, comprimido revestido 50 mg.	CEFT e CAFT
09/2018	02	Mudança do layout	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
03/2013	00	Criação da Norma e Aprovação	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Secretário Estadual de Saúde

NORMA TÉCNICA 02/2012
LINFOMA NÃO HODGKIN

1. INTRODUÇÃO

Os linfomas são neoplasias do sistema imunitário que têm origem, geralmente, em linfócitos, afetando os tecidos linfóides através do desenvolvimento de massas tumorais. Estes tumores aparecem particularmente nos nódulos linfáticos. Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são resultado da expansão monoclonal de linfócitos B ou T malignos (Carvalho, Raposo, Reis; 2003). Nos LNH podem ser afetados os gânglios cervicais ou os mediastínicos, como ainda os periféricos. Nestes linfomas, nem sempre é previsível a ordem de proliferação do tumor. (www.linfoma.net).

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

C 83.0 - Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células (difuso) / Leucemia Linfocítica Crônica (LLC)
C 83.1 - Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)
C 83.2 - Linfoma não-Hodgkin difuso, misto, de pequenas e grandes células (difuso)
C 83.4 - Linfoma não-Hodgkin difuso, imunoblástico (difuso)
C 83.5 - Linfoma não-Hodgkin difuso, linfoblástico (difuso)
C 83.6 - Linfoma não-Hodgkin difuso, indiferenciado (difuso)
C 83.7 - Tumor de Burkitt
C 83.8 - Outros tipos de linfoma não-Hodgkin difuso
C 83.9 - Linfoma não-Hodgkin difuso, não especificado
C 82.0 - Pequenas células clivadas, folicular (**A partir da 2ª linha**)
C 82.1 - Misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular
C 82.2 - Grandes células, folicular
C 82.7 - Outros tipos de linfoma não-Hodgkin, folicular
C 82.9 - Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado

OBS: Para o CID-10 C83. 3 – Linfoma não-Hodkin difuso, grandes células, conforme portaria MS Nº 420 de 25/08/2010. O tratamento com o Rituximabe deverá realizado pelos Hospitais habilitados em oncologia.

3. MEDICAMENTO

Rituximabe solução injetável frasco-ampola 10mg/mL
Rituximabe solução injetável frasco-ampola 50mg/mL

– Dose Máxima
Indução - 375 mg/m² de superfície corpórea a cada 21 dias / 6 a 8 ciclos;
Manutenção - 375 mg/m² de superfície corpórea uma vez a cada 3 meses até a regressão da doença ou por um período máximo de 2 anos.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser acompanhado por médico especialista (Oncologista Clínico ou Hematologista) vinculadas às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS e habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);
Residir no Estado de Pernambuco;
Pacientes com linfoma não-Hodgkin, CD20 positivo, em combinação à quimioterapia;
Pacientes com linfoma folicular, CD20 positivo, como tratamento de manutenção, após resposta à terapia de indução.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

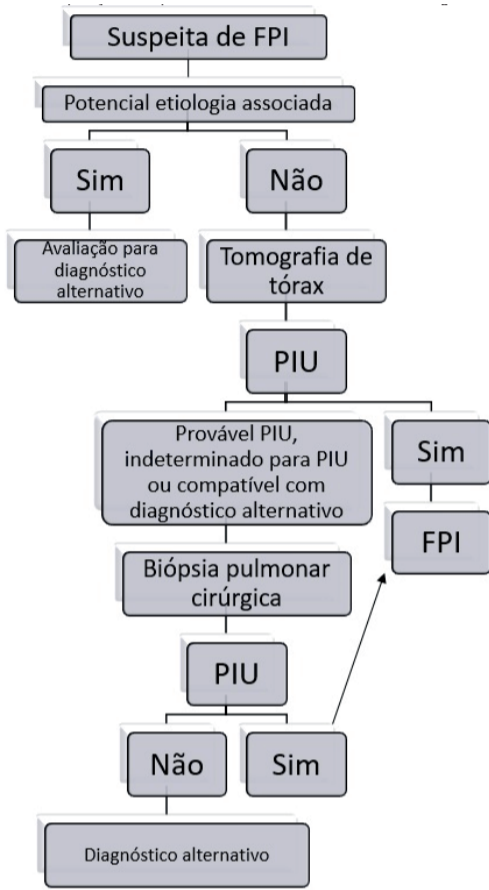
Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
Pacientes com linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, CD20 positivo, em tratamento de primeira linha;
Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança.

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico definitivo de FPI costuma ser estabelecido através de uma abordagem multidisciplinar integrada, envolvendo pneumologistas, radiologistas e patologistas, porém nem sempre necessária.

a. EXAMES

Os objetivos da propedêutica complementar são:
 Obter dados para consubstanciar a suspeita clínica;
 Excluir outras etiologias de doença pulmonar intersticial, identificando as consideradas tratáveis;
 Estabelecer o diagnóstico funcional, a fim de que possa ser planejado o tratamento apropriado.
 Uma apresentação clínica compatível e o padrão característico de PIU na TCAR são suficientes para o diagnóstico ser considerado definitivo, sem necessidade de realizar biópsia pulmonar cirúrgica (BPC). Um algoritmo diagnóstico para FPI é descrito no fluxograma 1. Porém, mesmo com os achados típicos na TCAR, é muito importante lembrar que o diagnóstico de FPI requer a exclusão de todas as outras causas conhecidas de DPI, incluindo exposições ocupacionais e ambientais relevantes, colagenoses (mesmo sem achados aparentes) e lesões pulmonares por drogas.



Fluxograma1- Algoritmo diagnóstico FPI -Adaptado: Raghu G, et al. Am J Respir Crit Care Med Vol 198, Iss 5, pp e44–e68, Sep 1, 2018.

A última diretriz das sociedades ATS/ERS/JRS/ALAT publicada em setembro de 2018 classificou os critérios tomográficos como PIU definitiva, PIU provável, padrão indeterminado para PIU e padrão compatível com diagnóstico alternativo a FPI, sendo de suma importância para guiar a conduta médica. No Quadro 1 são mostrados os critérios tomográficos sugeridos por esse documento. A mesma Diretriz também sugeriu critérios para os achados histológicos na biópsia, divididos em PIU definitiva, PIU provável, padrão indeterminado para PIU e padrão compatível com diagnóstico alternativo a FPI, descritos no Quadro 2. Um quadro de interação entre os critérios tomográficos e histológicos orienta a classificação diagnóstica do paciente, como visto no Quadro 3.

Padrão PIU* definitivo	Padrão PIU* provável	Padrão indeterminado para PIU*	Padrão compatível com diagnóstico alternativo a PIU
Predominância basal e subpleural de distribuição por vezes heterogênea. Alterações reticulares. Faveolamento com ou sem bronquiectasias de tração.	Predominância basal e subpleural. Alterações reticulares com bronquiectasias e bronchiolectasias de tração. É aceitável o achado de discreto vidro fosco.	Predomínio basal e periférico. Reticulação sutil: pode haver discreto vidro fosco ou distorção arquitetural ("PIU precoce"). Achados e/ou distribuição de fibrose pulmonar que não sugerem alguma etiologia específica.	Achados sugestivos de outros diagnósticos, incluindo: Achados tomográficos: cistos, mosaico acentuado, vidro fosco como padrão predominante, micronódulos abundantes, consolidações. Predominância peribroncovascular, perilinfática ou de campos médios e superiores. Placas pleurais, ectasia esofágica, erosão de clavícula distal, linfonodomegalia exuberante, derrame e/ou espessamento pleural.

Quadro 1- Critérios para o padrão PIU na tomografia de tórax de alta resolução segundo diretriz 2018 da ATS/ERS/JRS/ALAT.

A broncoscopia com biópsia transbrônquica (BTB) e lavado bronco-alveolar (LBA) tem um papel limitado na FPI. Achados sugestivos de FPI na BTB (incluindo focos fibroblásticos e fibrose heterogênea) podem ser observados ocasionalmente, mas não justificam a realização de broncoscopia de rotina pelo seu conhecido baixo rendimento diagnóstico, visto que a doença é predominantemente periférica e com pouco/nenhum acometimento centrolobular (região mais acessível à biópsia transbrônquica). O LBA pode revelar aumento de neutrófilos (>3%) e/ou eosinófilos, mas doenças pulmonares fibrosantes em geral podem exibir este padrão, incluindo PH crônica, sarcoidose fibrótica e PINE. Na suspeita de FPI, o achado de linfócitos acima de 30% no LBA deve levar à procura de diagnósticos alternativos, tais como PINE e PH crônica, mas a indicação de LBA nestes casos deve seguir a suspeita clínica. A biópsia cirúrgica deve ser indicada: 1) quando os achados tomográficos não se encaixam no padrão tomográfico de PIU definitiva; 2) quando outra condição é possível pelos dados clínicos (ex: exposição compatível com PH); e; 3) em pacientes com menos de 40 anos, independente dos achados tomográficos. Por outro lado, a biópsia deve ser evitada em indivíduos idosos, e com comor2 vezes ao dia de significativas.

A biópsia por videotoroscopia permite mais facilmente a retirada de fragmentos de múltiplos lobos, e se associa com maior rendimento diagnóstico. Áreas contendo apenas faveolamento devem ser evitadas. A biópsia deve ser encaminhada para um patologista familiarizado com doenças intersticiais pulmonares, uma vez que o diagnóstico de PIU feito por patologistas gerais é frequentemente equivocado.

Padrão PIU* definitivo	Padrão PIU* provável	Padrão indeterminado para PIU*	Padrão compatível com diagnóstico alternativo a PIU
Fibrose densa com distorção arquitetural (cicatrização destrutiva e/ou faveolamento). Distribuição da fibrose predominante subpleural e/ou parasseptal. Acometimento heterogêneo do parênquima pulmonar. Focos fibroblásticos. Ausência de achados incompatíveis com PIU.	Achados histológicos de PIU definitiva mas em extensão que impede definir como PIU e: Ausência de achados compatíveis com diagnóstico alternativo OU faveolamento isolado.	Fibrose com ou sem distorção arquitetural com achados que sugerem PIU por alguma etiologia outra (artrite reumatóide u asbestose, por exemplo). Alguns achados típicos de PIU porém também há achados compatíveis com outros diagnósticos.	Achados compatíveis com outras pneumopatias fibrosantes (ausência de focos fibroblástico ou fibrose frouxa/malformada) em mais de um local biopsado. Achados de outras doenças (pneumonite de hipersensibilidade, histiocitose de células de Langerhans, sarcoidose).

Quadro 2 - Critérios diagnósticos de fibrose pulmonar idiopática em função de achados histológicos preconizados pelo novo consenso 2018 da ATS/ERS/JRS/ALAT.

Suspeita para FPI	Padrão histológico				
	PIU	Provável PIU	Indeterminado para PIU	Diagnóstico Alternativo	
Padrão tomográfico	PIU	FPI	FPI	FPI	Incompatível com FPI
	Provável PIU	FPI	FPI	Provável FPI	Incompatível com FPI
	Indeterminado para PIU	FPI	Provável FPI	Indeterminado para FPI	Incompatível com FPI
	Diagnóstico Alternativo	Provável FPI	Incompatível com FPI	Incompatível com FPI	Incompatível com FPI

Quadro 3 – Diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática baseado na análise combinada de critérios tomográficos e histológicos. Adaptado de Raghu et al, 2018.

A velocidade de hemossedimentação (VHS) pode estar elevada. Fator anti-núcleo (FAN) e fator reumatóide (FR) em baixos títulos podem ser observados em até 25% dos casos, mas não têm implicação prognóstica ou terapêutica. Recomenda-se a dosagem dos anticorpos anticitrulinados cíclicos (anti-CCP), para eventual confirmação de artrite reumatóide, em caso de positividade para fator reumatóide em altos títulos. Títulos de FAN ≥ 1:320 devem levar a uma pesquisa mais extensa de doenças do tecido conectivo, especialmente esclerose sistêmica, que pode se apresentar sem os estigmas cutâneos característicos.

As provas de função pulmonar na FPI geralmente apresentam redução dos volumes pulmonares, elevação dos fluxos expirados, elevação da relação VEF1/CVF e redução da difusão de monóxido de carbono (DCO). O comprometimento da troca gasosa com elevação do gradiente alvéolo-arterial [P(A-a)O2] e a redução da DCO são achados precoces na doença. Os testes de função pulmonar são úteis na avaliação inicial do paciente e no acompanhamento longitudinal. Há atualmente alguns modelos de predição que são utilizados para avaliação prognóstica na FPI, sendo o desenvolvido por Soares e col. (avalia a dispnéia, DCO, CVF, VEF1/CVF) o mais acurado para estimar a sobrevida destes pacientes.

b. EXAME FÍSICO

O exame físico demonstra estertores em velcro nas bases pulmonares em 90% dos casos. A presença dos estertores em velcro é um achado quase universal, porém não é específico. No entanto, pode ser importante para detectar a doença mesmo antes do aparecimento de faveolamento. Hipocratismo digital é observado em 30-40% dos casos, e indica pior prognóstico. Achados de Hipertensão Pulmonar podem ser observados em fases tardias da doença e será abordado posteriormente.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS com atendimento a especialidade dessa doença previamente cadastrados;
- Residir no estado de Pernambuco;
- Diagnóstico realizado por médico e confirmado por exames obrigatórios;
- Portadores de doença intersticial pulmonar cuja avaliação clínica e laboratorial conduza ao diagnóstico de FPI;
- Idade ≥40 anos;
- Diagnóstico de FPI dentro de 5 anos;
- Tomografia do Tórax (TT) realizada dentro de 12 meses da avaliação;
- Padrão da Tomografia de Tórax, e, se aplicável, padrão de biópsia pulmonar cirúrgica, consistentes com o diagnóstico de Pneumonia Intersticial Usual (PIU) ou "provável" PIU, conforme avaliado em discussão multidisciplinar em centros de referência no Estado de Pernambuco.
- Espirometria com padrão funcional restritivo e/ou redução da difusão de monóxido de carbono (CO).
- Para Nintedanibe, os pacientes precisam ter passado pelo tratamento com pirfenidona sem sucesso ou possuir critérios de exclusão para serem tratados com Pirfenidona.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
- Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
- Pacientes com avaliação diagnóstica incompleta que inviabilize o diagnóstico de FPI
- Pacientes que, de acordo com a impressão da equipe clínica que os avalia, demonstrem incapacidade de adesão adequada ao tratamento proposto;
- Pacientes que apresentem contraindicação aos medicamentos específicos indicados para FPI:
- Pirfenidona:
 - Insuficiência hepática grave ou doença hepática terminal;
 - Insuficiência renal grave (CrCl < 30mL/min) ou doença renal terminal com necessidade de diálise;
 - Uso concomitante de fluvoxamina.
- Pacientes com outras doenças intersticiais/fibrosantes (doença do tecido conjuntivo, pneumonia de hipersensibilidade crônica; fibrose pulmonar com causa estabelecida, etc.);
- Pacientes em exacerbação da FPI.
- Nintedanibe:
 - TGO e TGP >1,5 vezes o limite superior da normalidade; bilirrubina >1,5 vezes o limite superior da normalidade;
 - Pacientes que necessitaram de fibrinólise, anticoagulação terapêutica de dose completa ou terapia antiplaquetária de dose alta;
 - Pacientes em uso de glicoproteína P(P-gp) 2 vezes ao dia ou indutor de CYP3A4.

7. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

a) Documentos Pessoais (Cópias)

- Solicitação inicial
 - Carteira de Identidade – RG
 - Cadastro de Pessoa Física – CPF
 - Cartão Nacional de Saúde – CNS
 - Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 - Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

- Solicitação inicial
 - LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
 - Laudo médico, contendo data, identificação do paciente, tempo de diagnóstico, indicação do tratamento, características clínicas e evolução da doença (Anexo).
 - Termo de esclarecimento e responsabilidade
 - Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
- Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

- Solicitação inicial
 - Tomografia de tórax de boa qualidade com laudo (validade 12 meses);
 - Espirometria e/ou difusão de monóxido de carbono (validade 3 meses);

9. MONITORAMENTO

Laudo médico

10. TEMPO DE TRATAMENTO

O tratamento poderá ser de até um ano, podendo ser prorrogado por mais um ano após avaliação de justificativa médica em LME.

11. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes de TEV devem ser atendidos em centros de referência com a especialidade cirurgião vascular (nos locais autorizados pelo GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO), para seu adequado diagnóstico e inclusão neste Protocolo. Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes nesta Norma, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso dos medicamentos e controle de efeitos adversos. Demais centros credenciados ao SUS deverão entrar em contato com a SEAS para possibilidade de credenciamento para autorização de emissão de LME para esse tratamento.

12. TERMO DE RESPONSABILIDADE E ESCLARECIMENTO (TER)

VER ANEXO

13.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros MVL, Pereira VSR, Pinto DM. Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular. Controversies in the diagnosis and treatment of deep vein thrombosis for vascular ultrasound. J Vas Bras. 2012;11(2):137– 143.

Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e351S–418S. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3278048&tool=pmcentrez &rendertype=abstract. Accessed July 10, 2014.

Brito, CJ., Murilo, R e cols. Cirurgia Vascular, cirurgia endovascular. Angiologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

Fernandes, CJCS., Alves Junior, JL., ET AL. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2016.

The Einstein investigators. Oral Ribaroxaban of Symptomatic Venous Thromboembolism. N Engl J Med. 2010.

Kearon, C., Akl, EA., Ornelas, J., Blaivas, A., Jimenez, D., Bounameaux, H., King, CS., Morris, TA., Sood, N., Stevens, SM., Vintch, JRE., Wells, P., Woller, SC., Antithrombotic Therapy for VTE Disease. CHEST Guideline and Expert Panel Report. Vol. 149 -2, Pages 315–352,2016.

Piedade, AD., Paladini, L., Kashiura, D. ET AL. Análise econômica do tratamento de tromboembolismo venoso com rivaroxabana em comparação com enoxaparina seguida de varfarina sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, 2017.

14.DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**Solicitação inicial**

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Laudo Médico (ANEXO), descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico e relatando que paciente não é portador de insuficiência renal (clearance < 30 mL/min) e Insuficiência Hepática Child B e C;
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)**Solicitação inicial**

Cópia de Laudo do Eco Doppler colorido (EDC) OU Laudo do Venografia / Flebografia OU Laudo do Tomografia computadorizada (TC) OU Laudo do Ressonância magnética (RM) (Validade de 6 meses);
 Cópia do exame de Hemograma com plaquetas (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Creatinina (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética– TGO) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Coagulograma (Validade de 90 dias);

Renovação a cada 6 meses

Cópia do exame de Hemograma com plaquetas (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Creatinina (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética– TGO) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias);
 Cópia do exame de Coagulograma (Validade de 90 dias);

15.REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
10/2021	02	Atualização de layout. Sem sugestões do comitê	CEFT e CAFT
04/2021	01	Atualização	CEFT e CAFT
02/2020	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

LAUDO MÉDICO (TEV)

Nome: _____
 Idade: _____ CID: _____ Diagnóstico: _____ Diagnóstico: _____

Histórico Clínico

--

Há situação que contraindique o uso deste medicamento?

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DO MEDICAMENTO RIVAROXABANA *	SIM	NÃO
Vigência de gestação ou período de amamentação		
Insuficiência Renal (Clearance < 15 ml/min)		
Insuficiência Hepática Child B e C		
Sangramento ativo clinicamente significativo		

Pacientes com próteses de válvulas cardíacas		
Pacientes recebendo tratamento concomitante com antimicóticos (CETOCONAZOL) e inibidores da protease do HIV (RITONAVIR)		

*A presença de qualquer uma das situações listadas contraindica o uso da medicação.
 Medico solicitante:
 (data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

RIVAROXABANA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de rivaroxabana, indicado para o tratamento de Tromboembolismo Venoso (TEV).
 Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).
 Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: – melhora dos sintomas da doença;

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: Riscos:

- Risco hemorrágico: assim como com todos os anticoagulantes, RIVAROXABANA deve ser utilizado com cautela em condições que aumentam o risco de sangramento. O sangramento pode ocorrer em qualquer local durante o tratamento com RIVAROXABANA. Uma queda inexplicável da hemoglobina e/ou do hematócrito ou da pressão arterial deve levar à procura de um local de sangramento.
- A função renal deve ser avaliada pelo cálculo do clearance de creatinina (CICr) antes do início do tratamento para excluir pacientes com comprometimento renal grave (CICr < 15 mL/min). Enquanto o paciente estiver em tratamento, a função renal deve ser avaliada pelo menos, a cada 03 meses no 1º ano e também em quadros clínicos que possam diminuir ou deteriorar a função renal (como hipovolemia, desidratação, certos tratamentos concomitantes, entre outros).
- Gravidez: RIVAROXABANA está contra-indicado na gravidez. Não há dados clínicos disponíveis e como precaução, o aleitamento deve ser interrompido.

Contra-indicações: Hipersensibilidade conhecida à RIVAROXABANA ou a um dos excipientes do produto; Insuficiência renal grave (CICr < 15 ml/min), pois não há dados que apoiem o uso nestes pacientes; Sangramento ativo clinicamente significativo, por exemplo: hemorragia intracraniana e hemorragia gastrointestinal. Doença hepática associada à coagulopatia e risco de sangramento clinicamente significante. (pacientes cirróticos com Child Pugh B e C) Pacientes com próteses de válvulas cardíacas Pacientes recebendo tratamento concomitante com antimicóticos (CETOCONAZOL) e inibidores da protease do HIV (RITONAVIR)

Reações adversas: Reações comuns (> 1/100 e 1/1.000 e < 1/100): trombocitopenia, hipersensibilidade, prurido, erupção, hemorragias, incluindo intracraniana, cutânea, no local da incisão, em ferimentos, pós-procedimento e hemartrose, hematomas, incluindo traumático e pós-procedimento, hemoptise, úlcera gastrointestinal, gastroesofagite, refluxo gastroesofágico, vômitos, disfagia, hematúria, anemia pós-operatória, secreção pós-procedimento e de ferida. Reações raras (>1/10.000 e < 1/1000): urticária, hemorragia no local de injeção/ cateter, secreção sanguinolenta, drenagem de ferida e pós-procedimento. Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento em quaisquer circunstâncias para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato. Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste documento Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico

Local: Data:
Nome do Paciente:
Cartão Nacional de Saúde:
Nome do responsável legal:
Documento de identificação do responsável legal:
Assinatura do paciente ou responsável legal
Nome do Médico: CRM: UF:
Assinatura e carimbo médico
Data:

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Secretário Estadual de Saúde

**NORMA TÉCNICA 01/2013
NEFROPATIAS (DOENÇAS GLOMERULARES)****1. INTRODUÇÃO**

Doenças glomerulares são as que atingem as unidades de filtração dos rins. A filtração constante do sangue ocorre em glomérulos, grupos de capilares envolvidos por um túbulo que recebe o filtrado. O conjunto do glomérulo com o túbulo correspondente chama-se néfron. As doenças glomerulares são a principal causa de insuficiência renal crônica. Existem muitas causas, incluindo diabetes, hipertensão arterial e reações imunológicas anormais. As reações imunológicas a infecções podem atacar também os glomérulos. Infecções bacterianas, como estreptococcias da garganta ou da pele (impetigo), endocardites e viroses, como HIV, podem provocar esse tipo de reação. Distúrbios autoimunes como o lúpus eritematoso sistêmico e outras vasculares, também podem causar lesão glomerular.

CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA (CID-10)

N00 - Síndrome nefrítica aguda
 N01 - Síndrome nefrítica rapidamente progressiva
 N02 - Hematúria recidivante e persistente
 N03 - Síndrome nefrítica crônica
 N04 - Síndrome nefrótica
 N05 – Síndrome nefrítica não especificada
 N06 – Proteinúria isolada com lesão morfológica especificada
 N08 - Transtornos glomerulares em doenças classificadas em outra parte
 M32. 0 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) induzido por drogas
 M32. 1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

3. MEDICAMENTOS

Azatioprina comprimido 50mg
 Micofenolato de mofetila comprimido 500mg
 Prednisona comprimido 5mg
 Prednisona comprimido 20mg

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS; Residir no estado de Pernambuco;
 Diagnóstico realizado por médico e confirmado por exames obrigatórios;
 Exame que comprove proteinúria e/ou hematúria;
 Diagnóstico histopatológico quando possível.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;
 Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

6.DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS**a) Documentos Pessoais (Cópias)****Solicitação inicial**

Carteira de Identidade – RG
 Cadastro de Pessoa Física – CPF
 Cartão Nacional de Saúde – CNS
 Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
 Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

b) Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Renovação a cada 6 (seis) meses

LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);

Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

c) Exames (Cópias)

Solicitação inicial

Hemograma;

Creatinina;

Sumário de Urina;

Relação proteína/creatinina em amostra aleatória de urina ou proteinúria de 24hs;

Biópsia renal (nos casos onde não seja possível sua realização, justificar em laudo médico).

Renovação a cada 6 meses

Hemograma; Creatinina;

Sumário de Urina;

Relação proteína/creatinina em amostra aleatória de urina ou proteinúria de 24hs.

7. REVISÕES

Data	Rev	Atualização	Revisores
09/2021	04	Mudança de Layout. Sem sugestões do Comitê assessor	CEFT
09/2018	03	Mudança do layout	CEFT e CAFT
11/2016	02	Atualização da periodicidade dos exames	CEFT e CAFT
12/2014	01	Atualização	CEFT e CAFT
05/2013	00	Aprovação	CEFT
02/2013	00	Aprovação	CAFT
11/2012	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Secretário Estadual de Saúde

PORTARIA Nº 039 - A SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, com base na delegação outorgada pela Portaria nº032/2011, publicada no D.O.E de 29/01/2011, e o que dispõe a Lei 14.264 de 06/01/2011. RESOLVE: Renovar, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, de acordo com a Clausula Segunda do Instrumento de Contrato de Trabalho por Tempo Determinado, regulado pela Lei nº 14.547/2011, regulamentada pelo Decreto 37.814 de 27/01/2012, os contratos constantes no quadro abaixo, a partir da data de vigência indicada:

Nº CONT	MATRICULA	NOME	CARGO	INICIO DA VIGENCIA
001/2019	3927482	ALLAN TÁCYO SOUZA LIMA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	02/01/2021
002/2019	11088087	MATHEUS CASSIMIRO MIRANDA	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	02/01/2021
003/2019	11088095	ZENILVA MIRIAN SOARES FERRO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/01/2021
005/2019	11088117	ANNA RAFAELLA GONÇALVES DE SOUZA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/01/2021
006/2019	11088125	LUCIANA MELO DE SANTANA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/01/2021
007/2019	11088133	HERIVELTHON FIRES DOS SANTOS NASCIMENTO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/01/2021
008/2019	11088141	JANAINA PEREIRA DA SILVA	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	02/01/2021
010/2019	11088168	ILDEMAR ROSA CAVALCANTE	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	02/01/2021
014/2019	11088192	ANDREA CARLA DA SILVA	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	02/01/2021
023/2019	3934802	INES MARIA DUTRA SOARES TORRES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	04/02/2021
018/2019	11088222	ITAMISE COSTA DE ARAUJO	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	04/02/2021
019/2019	11088230	MANUELA NUNES DE MORAIS SILVA	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	04/02/2021
020/2019	11088249	FLAVIA ROBERTA BRONZIADO FERREIRA	APOIO TECNICO DE SAÚDE PRISIONAL	04/02/2021
021/2019	3934764	ALINE ARAUJO DA SILVA SÁ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	05/02/2021
022/2019	3934772	MARTA TENÓRIO BATISTA DE SOUZA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	05/02/2021
024/2019	3934810	CLEIDE LUCIA MONTEIRO MENESES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	05/02/2021
028/2019	11088257	CARLOS ALBERTO VIEIRA BATISTA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR/MEDICO VETERINARIO	06/02/2021
026/2019	3934799	KARLA LILIANE VASCONCELOS SIQUEIRA DOS SANTOS LIMA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	06/02/2021
029/2019	11088265	CICERO MAIRTON CARDOSO JUNIOR	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE/TECNOLOGO EM GESTÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO/SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	06/02/2021
034/2019	3934845	ISABELLA DE FÁTIMA MARQUES DE LIMA	MEDICO CLINICO GERAL	09/02/2021
035/2019	3934861	EZEQUIAS ALVES SANTOS DE SOUZA	MEDICO CLINICO GERAL	09/02/2021
036/2019	3934756	JOCELIA LIMA DOS SANTOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	11/02/2021

042/2019	3934829	KATTY MICHELLE DE LIMA MENESES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	11/02/2021
040/2019	3944182	NADJA MARIA DELGADO ALBUQUERQUE	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/03/2021
041/2019	3944190	CELIANE SIDRIM COELHO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	07/03/2021
047/2019	11088281	RAFAELLA MARINHO FALCÃO BARBOSA DE QUEIROZ	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
050/2019	11088311	CRISTIANE GUEDES DE MELLO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
051/2019	11088320	MARIA IZABEL TAVARES DE SOUSA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
052/2019	11088346	ELEANE DIAS DA SILVA BASTOS	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
053/2019	11088389	SANDRA MARIA ROCHA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
054/2019	11088397	ANA PAULA ALENCAR DE SOUZA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
055/2019	11088400	CLAUDIA DE AQUINO BEZERRA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
056/2019	11088419	FERNANDA THEREZA MARTINS TORRES SEVERO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
057/2019	11088427	PAULO HENRIQUE SILVA NOGUEIRA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	02/05/2021
059/2019	11088443	RAFAEL DE AZEVEDO MENDES	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR	02/05/2021
060/2019	11088460	ANA ELIZABETH FERREIRA DE MELO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/05/2021
061/2019	11088354	BARBARA CAROLINA GONÇALVES GUEDES VALENÇA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	03/05/2021
069/2021	11088338	GISELLE ESPINDOLA DE ANDRADE	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	06/05/2021
064/2019	3952789	JULLIANA FREIRE DE CARVALHO LOPES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	06/05/2021
066/2021	3952819	OLGA CECILIA PAES DE BARROS ANDRADE	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	06/05/2021
067/2019	3952835	ELIANE DE SÁ ALVES DE ASSIS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	06/05/2021
071/2019	3953220	JULIANA BATISTA DA SILVA	ENFERMEIRO - OBSTETRA	08/05/2021
072/2019	3953238	DANIELY DE ALMEIDA PONTES SENA	ENFERMEIRO - OBSTETRA	08/05/2021
073/2019	3953335	TELMA REJANE ALVES GONCALVES	ENFERMEIRO - OBSTETRA	09/05/2021
074/2019	3954161	MARCIO AUGUSTO BERNARDO DE ANDRADE	TECNICO EM ELETROTECNICA	09/05/2021
075/2019	3954188	SANDRA MARGARETE DOS SANTOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	10/05/2021
076/2019	3958779	MICHELLE ALVES DE SOUZA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
077/2019	3958787	ROGERIA CANDICE LEÃO BARROS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
079/2019	3958809	GENEIDE MARIA SILVA MACIEL	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
081/2019	3958825	SILVANIA MARIA DA SILVA LEAL	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
082/2019	3958833	ANALECIA QUIRINO BARROS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
084/2019	3958850	MARIA EDNA DOS SANTOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
085/2019	3958868	ELISANGELA PEREIRA DE SOUZA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
086/2019	3958876	ELAINE CRISTINA DA SILVA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
087/2019	3958884	TATIANA SIQUEIRA ALENCAR SILVA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
088/2019	3959015	CELIA CRISTINA DE LIRA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	30/05/2021
089/2019	11088451	LEILAH ANDRADE DE FRANÇA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR	03/06/2021
090/2019	11088478	RITCHELE VIEIRA DE MELO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	03/06/2021
092/2019	11088494	PAULO ROBERTO DE SÁ CAVALCANTI	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR/ENFERMEIRO	03/06/2021
093/2019	11088508	ISABELA ALVES PEREIRA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR/ENFERMEIRO	03/06/2021
095/2019	11088532	WILLAMIS JOSE ARAUJO	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO SANITARISTA/VEH	01/07/2021
098/2019	3936309	MONICA ALVES CORREIA DE AQUINO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	11/07/2021

097/2019	11088540	CINTHIA DE SOUZA ARAUJO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	11/07/2021
100/2019	3970850	IZABELLA CRISTINA DE ARRUDA MOURA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/08/2021
099/2019	3970868	ELIGEANE LOPES DOS SANTOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/08/2021
102/2019	3970876	NARA LETICIA CALAÇA SOARES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/08/2021
301/2019	11088575	JOÃO MARCOS DE ARRUDA MOURA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	06/08/2021
303/2019	3973808	MARIA QUIRINO DE SÁ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	02/09/2021
304/2019	11089121	LUCIANA DE MELLO ARAUJO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA- EABP	02/09/2021
347/2019	3973794	EDJANE NUNES DE ALMEIDA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	03/09/2021
349/2019	11810793	ANA PAULA VANDERLEY DOS SANTOS	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR/SANITARISTA	04/09/2021
355/2019	11811064	ANE ELIZABETE DA ROCHA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRA /SANAR	01/10/2021
350/2019	3982831	ELIANE CAVALCANTI BARBOSA PAZ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/10/2021
351/2019	3982840	MARCIANA RODRIGUES DA SILVA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/10/2021
352/2019	3982858	ANNE RAPHAEL PESSOA LEITE HILARIO BARBOSA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/10/2021
353/2019	3982866	RENATA AMARAL DE SOUZA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/10/2021
354/2019	3982882	PEDRO FREDERICO TELLES TAVARES DE LIMA	ARQUITETO	01/10/2021
366/2019	11811366	ROSIMERY COSTA DOS SANTOS	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE/BIOLOGA	01/10/2021
367/2019	11811048	DORIS SANDRA MOREIRA DA SILVA VIANNA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR/SANITARISTA	02/10/2021
368/2019	11811072	ANDRE DOS SANTOS SOUZA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE / BIOMEDICO/ VIGILANCIA E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS - IST	03/10/2021
369/2019	11811080	ISABELLA MONTALVÃO VIEIRA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE / ENFERMEIRA/ VIGILANCIA E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS - IST	03/10/2021
370/2019	11811099	DEBORA LIMA VERAS	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE / ENFERMEIRA/ VIGILANCIA E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS - IST	03/10/2021
371/2019	11811102	ANGELICA DE MELO JUCÁ	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE / ENFERMEIRA/ VIGILANCIA E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS - IST	03/10/2021
374/2019	11811137	THAYSA KELLY SOUSA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRA /SANAR	04/10/2021
376/2019	11811153	EDLLA CABRAL DA SILVA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	04/10/2021
381/2019	11811056	JANAINA PACHECO DE LIMA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR/ENFERMEIRA	07/10/2021
382/2019	11811161	NAYANNE MARIA MAGALHAES BRINGEL	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRA /SANAR	07/10/2021
383/2019	11811170	MARIA EFIGENIA DE ASSIS	APOIADOR INSTITUCIONAL / NUTRICIONISTA /SANAR	07/10/2021
384/2019	11811196	JULIANA NOBREGA PEREIRA DA COSTA	APOIADOR INSTITUCIONAL /MÉDICA VETERINÁRIA/SANAR	07/10/2021
385/2019	11811200	ALYNE FERNANDA TORRES DE LIMA	APOIADOR INSTITUCIONAL / BIOMEDICA /SANAR	08/10/2021
386/2019	11811218	FATIMA ROBERTA PEREIRA DA SILVA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	08/10/2021
387/2019	11811188	FERNANDO ANTONIO PARENTE DE MELO	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	10/10/2021
388/2019	11811374	SONYERE KALYNE DE CARVALHO SILVA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ASSISENTE SOCIAL /SANAR	10/10/2021
389/2019	11811382	CASSIA SIMONE GONDIM SALES MAGALHAES	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	10/10/2021
393/2019	11811390	TACIANA SOUZA DE OLIVEIRA MEIRA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	01/11/2021
394/2019	11811412	FLAVIA RAPHAELA ALVES DE LIMA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	01/11/2021
396/2019	11811439	MARIA CLARA ACIOLI LINS LIMA	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO /SANAR	01/11/2021
390/2019	3954966	ELVIRA IRANY TEODORO GENTIL	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2021
391/2019	3984958	ENILDA ANADETE MENDES LEMOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2021

392/2019	3984974	MARIA APARECIDA DE LIMA SANTOS	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2021
397/2019	11811455	PEDRO HENRIQUE ALBINO	APOIADOR INSTITUCIONAL DESENVOLVEDOR WEB	01/11/2021
400/2019	11811404	AYANA MARIA ALVES DINIZ	APOIADOR INSTITUCIONAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	06/11/2021
405/2019	11811544	IZETE MARIA DE LIMA	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR/BIOLOGO	02/12/2021
408/2019	3990559	AMANDA MACIEL DE LEMOS VASCONCELOS FERAZ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	04/12/2021
178/2016	3756467	MARILIA PEREIRA LOPES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
179/2016	3756475	FABIOLA BEZERRA DE SÁ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
186/2016	3756548	EDILMA EDILENE DA SILVA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
187/2016	3756556	MARIA JOSE DIAS DA ROCHA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
190/2016	3756580	MARIA RITA DUARTE RODRIGUES DE LIMA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
192/2016	3756602	CIBELLY DE SOUZA BRANDÃO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
194/2016	3756629	EDNA MARIA LOBO CRUZ	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
199/2016	3756670	KEYLA FABIANE SOARES CAVALCANTI FELIPE	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
202/2016	3756718	VALDERIA OLIVEIRA GONÇALVES	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/11/2020
207/2016	3757668	ROSSANE CAVALCANTI SOBRAL	MEDICO PEDIATRA	01/11/2020
215/2016	3757730	ADELINE JUVENCIO DE SIQUEIRA LOBO COSTA	MEDICO TOCOGINECOLOGISTA	02/11/2020
226/2016	3757048	MARCELO PAULO MELO DE SOUZA	MEDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA	06/11/2020
230/2016	3760677	MIRELLA GODOY SILVESTRE	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
231/2016	3760685	CYNTHIA CAROLINA DE SOUSA ARAUJO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
232/2016	3760693	NUBIA ROBERTA VENANCIO SILVA	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
235/2016	3760723	THAIS CRISTINA DO NASCIMENTO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
239/2016	3760766	SILVIA MARIA DE OLIVEIRA BELO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
241/2016	3760782	JANNIELE CARLA MALAQUIAS DE LIMA MONTEIRO	TÉCNICO DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA	01/12/2020
242/2016	3760790	MARIO DE MEDEIROS CARDOSO	MEDICO TOCOGINECOLOGISTA	01/12/2020
243/2016	11086599	SHEYLA RODRIGUES DE LIMA CARNEIRO	APOIADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE – ENFERMEIRA	01/12/2020
252/2016	3760820	LUIGI PAOLO MARIZ DE MEDEIROS ARAUJO FREIRE	MEDICO TRAUMATOLOGISTA	29/12/2020
285/2018	11088044	JESSICA CELIANE CRUZ MENDES	APOIADOR INSTITUCIONAL / ENFERMEIRO SANITARISTA/VEH	04/12/2020
288/2018	11088060	ISABELLY CRISTINY AQUINO DE SOUZA	APOIADOR INSTITUCIONAL/ ENFERMEIRO/SVO	10/12/2020

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PORTARIA Nº 040 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, com base na delegação outorgada pela Portaria nº 032/11, publicado no D.O.E. de 29/01/2011,

RESOLVE:

I – Extinguir, os contratos por tempo determinado dos servidores abaixo relacionados, **de acordo com o Artigo 12º, Inciso II, da Lei nº 14.547 de 21/12/2011, e suas alterações .**

MATRICULA	NOME	CARGO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO
4056388	JULIANA TALLYTA SILVA DE LIMA	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	12/03/2021
4227204	FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO	MEDICO TRAUMATOORTOPEDISTA PLANTONISTA	31/01/2022

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos legais a partir da data acima indicada.

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PORTARIA Nº 041 - A SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, com base na delegação outorgada pela Portaria nº032/2011, publicada no D.O.E de 29/01/2011, e o que dispõe a Lei 14.264 de 06/01/2011. **RESOLVE:** Renovar, de acordo com a Clausula Segunda do Instrumento de Contrato de Trabalho por Tempo Determinado, regulado pela Lei nº14547/2011, regulamentada pelo Decreto 37.814 de 27/01/2012, os contratos constantes no quadro abaixo, com prazo de vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de vigência respectivamente indicada:

Table with 3 columns: Name, Date, and Position. Lists numerous employees in the category 'TÉCNICO ENFERMAGEM PLANTONISTA' with their respective dates of appointment.

II - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos legais a partir da data da admissão.

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Portaria nº 044 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, com base na delegação outorgada pela Portaria nº 032/11, publicado no D.O.E. de 29/01/2011, e tendo em vista o disposto do Decreto nº 50.047, publicado no D.O.E. de 07/01/2021.

RESOLVE:

I - Incluir na Portaria SES nº 204 publicada no D.O.E. de 16/04/2021, referente à Relação Nominal dos Contratos Temporários de Pessoal, os nomes abaixo discriminados:

Table with 3 columns: NOME, ADMISSÃO, and CARGO. Lists names of employees and their respective start dates and positions.

II - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos legais a partir da data da admissão.

FERNANDA TAVARES COSTA DE SOUSA ARAÚJO
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DESPACHO DA GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS/UNIDADE DE CADASTRO DE PESSOAS/SES

ERRATA:

No despacho publicado no DOE de 13.01.22 referente ao gozo de Licença-Prêmio de 180 dias a partir de 01.11.21 da servidora ANA KARLA DE ALBUQUERQUE CASTRO LIMA matrícula 226.446-3/SES. ONDE SE LÊ: 180 DIAS - LEIA-SE: 90 DIAS conforme SEI 2300000581.000047/2022-71.

PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

Procurador-geral: Ernani Varjal Medicis Pinto

PORTARIA Nº. 19 DE 02 DE FEVEREIRO DE 2022

O PROCURADOR GERAL DO ESTADO, no uso de suas atribuições conferidas pelo Decreto nº. 49.355, de 19.08.20, RESOLVE: Autorizar a anotação de tempo de serviço do servidor Moacir Pereira Côrtes, mat. 226.381-5, deferido nos termos do parecer nº. 0033/22 da Procuradoria Consultiva, 01 ano, 00 mês e 00 dia.

ERNANI VARJAL MEDICIS PINTO
Procurador Geral do Estado

PORTARIA Nº. 20 DE 02 DE FEVEREIRO DE 2022

O PROCURADOR GERAL DO ESTADO, no uso de suas atribuições conferidas pelo Decreto nº. 49.355, de 19.08.20, RESOLVE: Autorizar o gozo de licença-prêmio da procuradora Maria Raquel Santos Pires, mat. nº. 193.914-9, de 01 (um) mês referente ao 1º decênio, no período de 20.04.22 a 19.05.22.

ERNANI VARJAL MEDICIS PINTO
Procurador Geral do Estado

PORTARIA Nº. 18 DE 02 DE FEVEREIRO DE 2022

O PROCURADOR GERAL DO ESTADO, no uso de suas atribuições conferidas pelo Decreto nº. 49.355, de 19.08.20, RESOLVE: Designar Seminaldo Amaro da Silva, mat. nº. 127.152-0, para responder pela Função Gratificada de Supervisão-1, símbolo FGS-1, da Procuradoria da Fazenda Estadual, no período de 01.02.22 a 01.04.22, durante a ausência da titular Fátima Maria Maia Gominho, mat. nº. 171.389-2, em gozo de licença-prêmio.

ERNANI VARJAL MEDICIS PINTO
Procurador Geral do Estado

Repartições Estaduais

AGÊNCIA DE DESENVOL. ECONÔMICO DE PERNAMBUCO S.A. - ADEPE

PORTARIA ADEPE 01/2022. A Diretoria da ADEPE no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social e, ainda, de acordo com as normas regimentais e estatutárias aplicáveis, RESOLVE Normatizar a comercialização varejista de bebidas pela ADEPE, conforme dispõe o inciso XXVI do artigo 6º do Estatuto Social, hodiernamente relacionada às atividades da LOJA DE BEBIDAS DE PERNAMBUCO, que fará a comercialização dos produtos por meio da Diretoria Geral de Promoção da Economia Criativa - DGPEC, situada na Avenida Alfredo Lisboa, s/n, Armazém 11, Bairro do Recife, Recife/PE, a qual foi aprovada pelo Colegiado. Inteiro teor desta portaria disponível no sítio eletrônico http://www.addiper.pe.gov.br.

AGÊNCIA DE DESENVOL. ECONÔMICO DE PERNAMBUCO S.A. - ADEPE

EDITAL DE INTIMAÇÃO - A Comissão de Processo Administrativo, designada por meio da Portaria DP/DG/SJ nº 005/2021, Processo SEI nº 0060600940.000758/2020-15, vem NOTIFICAR a empresa TOURO AGROPECUÁRIA LTDA EPP., inscrita no CNPJ sob o nº 12.008.652/0001-51, acerca da decisão final exarado nos autos do Processo Administrativo nº 005/2021, instaurado pela Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco S.A. - ADEPE, através do qual foi lhe imputado descumprimento das Cláusulas Quinta, Sexta e Décima Quarta Contrato AD nº 25/2015. Assim, poderá a empresa TOURO AGROPECUÁRIA LTDA EPP., se desejar, ingressar com Alegações Finais perante esta Agência, no prazo de 10 (dez) dias úteis contados do recebimento desta nota, conforme reza o artigo 29, do Decreto Estadual nº 42.191/2015, - aplicado por analogia ao presente processo, dessa forma, exercendo o seu direito de contraditório e ampla defesa constitucionalmente assegurados. Informa-se que todos os documentos tramitam de forma digital por meio do sistema SEI e estão sendo enviados junto à intimação do processo. Ademais, ressaltamos que a continuidade do processo administrativo em epígrafe independe do comparecimento da intimada, podendo correr à sua revelia. EDITAL DE INTIMAÇÃO - A Comissão de Processo Administrativo, designada por meio da Portaria DP/DG/SJ nº 29/2021, Processo SEI nº 0060600940.000710/2020-15, vem NOTIFICAR a empresa

PRO - GESSO EXPLORAÇÃO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA., inscrita no CNPJ nº 12.880.498/0001-03, acerca do Processo Administrativo nº 29/2021, instaurado pela Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco S.A., através do qual foi lhe imputado o descumprimento da Cláusula Quinta do Contrato de Cessão de Direitos AJ Nº 042/1993. Desta feita, se comprovado, o referido descumprimento poderá ensejar a rescisão unilateral do contrato, além das seguintes medidas: (i) reversão do imóvel em favor da AD Dip; (ii) perda de todas as importâncias pagas pela empresa, além de todas as benfeitorias realizadas; (iii) em eventual impossibilidade por medidas legais, reparação por perdas e danos, bem como todos os custos envolvendo a operação e o que se deixou de ganhar para se destinar o imóvel em questão à empresa PRO - GESSO EXPLORAÇÃO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.; (iv) ressarcimento ao erário, em caso de verificação de enriquecimento ilícito pela empresa; (v) cobrança do IPTU devido pela empresa; (vi) devolução ao erário dos valores usufruídos pelos benefícios fiscais concedidos. Assim, fica a empresa PRO - GESSO EXPLORAÇÃO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA. ser intimada a apresentar defesa, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento desta nota, conforme reza o art. 25, inciso II do Decreto Estadual nº 42.191/2015 - aplicado por analogia ao presente processo, dessa forma, exercendo o seu direito de contraditório e ampla defesa constitucionalmente assegurados. Informa-se que todos os documentos tramitam de forma digital por meio do sistema SEI e estão sendo enviados junto à intimação do processo. Ademais, ressaltamos que a continuidade do processo administrativo em epígrafe independe do comparecimento da intimada, podendo correr à sua revelia.

AGÊNCIA ESTADUAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - ATI

Portaria Nº 1/2022. A Diretora Presidente da Agência Estadual de Tecnologia da Informação, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas pelo Decreto Estadual nº 44.108, de 17.02.2017; R E S O L V E: I - Dispensar o servidor público Wesley Davison Braga Melo, matrícula nº 3241, da Função Gratificada FGS-1, a partir de 25/01/2022; II - Designar a servidora pública Ana Carolina Freitas Pereira, Matrícula 3200, para a Função Gratificada FGS-1, a partir de 25/01/2022; III - Dispensar a servidora pública Ana Carolina Freitas Pereira, Matrícula 3200, da Função Gratificada FGS-2, a partir de 25/01/2022; IV - Designar a servidora pública Eronita Maria Luizines Van Leijden, matrícula 3222, para a Função Gratificada FGS-2, a partir de 25/01/2022; Recife, 01 de fevereiro de 2022. SANDRA WANDERLEY LUBAMBO, Diretora-Presidente, em exercício.

AUTARQUIA TERRITORIAL DISTRITO ESTADUAL DE FERNANDO DE NORONHA

Administração Geral

PORTARIA AG/ATDEFN N.º. 008/2022 - Recife, 02 de Fevereiro de 2022.

O ADMINISTRADOR GERAL DA AUTARQUIA TERRITORIAL DISTRITO ESTADUAL DE FERNANDO DE NORONHA-ATDEFN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 11.304 de 28 de dezembro de 1995, RESOLVE:

Art. 1º - Rescindir, a pedido, contrato temporário firmado entre as partes, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público da Autarquia Territorial Distrito Estadual de Fernando de Noronha, conforme as especificações abaixo.

Table with 4 columns: MATRÍCULA, NOME, CARGO, and DEMISSÃO. Lists employee information for the termination.

Art. 2º - A presente portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revoguem-se as disposições em contrário.

GUILHERME CAVALCANTI DA ROCHA LEITÃO
Administrador Geral

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO - DETRAN
EDITAL DE NOTIFICAÇÃO DE PENALIDADE

A Autoridade de Trânsito do DETRAN/PE, em conformidade com as suas competências estabelecidas pelo CTB e regulamentações do CONTRAN, após esgotadas as tentativas de Notificação do Infrator ou o proprietário do veículo por meio postal ou pessoal, e

considerando os Autos de Infrações de Trânsito registrados, pelo presente Edital notifica os proprietários dos veículos abaixo relacionados da Imposição da Penalidade por Infração de Trânsito, os quais terão o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data da publicação deste Edital, para efetuar o pagamento da multa com 80% do seu valor, assim como para interpor seu recurso em qualquer ponto de atendimento do DETRAN/PE ou enviar por

Table with multiple columns containing dates and alphanumeric codes (e.g., PCW7371, PCY2784, PDA1834, etc.) representing official records.

Table with multiple columns containing alphanumeric codes (e.g., PDE0423, PDF9560, PDH7660, PDK0120) and dates (e.g., 17/01/2020, 19/03/2021, 23/06/2021, 15/08/2020).

Table with multiple columns containing administrative data, including dates, document numbers, and names of officials or entities. The table is organized in a grid format with approximately 10 columns and 100 rows.

EMPRESA DE TURISMO DE PERNAMBUCO S/A - EMPETUR EXTRATO DE PORTARIA Portaria Nº 14/2022. Objeto: Suspender o Contrato de Trabalho da Servidora SEVERINA SORES DA SILVA mat. 528-2; o inteiro teor dessa Portaria se encontra disponível em http://www.empetur.pe.gov.br/web/setur/empetur. Olinda, 03 de fevereiro de 2022 ANTONIO NEVES BAPTISTA, Diretor Presidente

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS CORPORATIVA ARPC DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0139.2021.CCPL-E-PE.0124.SAD - 1ª Publicação

A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, resolve tornar pública a ARPC DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0139.2021.CCPL-E-PE.0124.SAD, cujo objeto é a eventual aquisição de lâmpadas, para atender às demandas dos órgãos da Administração Direta, Autarquias e Fundações Públicas integrantes do Poder Executivo do Estado de Pernambuco, sendo o seu valor global de R\$ 319.877,00 (trezentos e noventa e sete mil e setenta e sete reais) e o prazo de vigência de 02 de fevereiro de 2022 a 01 de fevereiro de 2023. Seu inteiro teor pode ser acessado pelo endereço eletrônico <https://www.peintegradado.pe.gov.br>. GIANNI DE LIMA GUIMARÃES- Secretária Executiva de Contratações Públicas.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS CORPORATIVA

ARPC DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0161.2021.CCPL-E-VI-PE.0140.SAD - 1ª Publicação

A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, resolve tornar pública a ARPC DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0161.2021.CCPL-E-VI-PE.0140.SAD, cujo objeto é a aquisição eventual de material de expediente sustentável, para atender às demandas dos órgãos da Administração Direta, Autarquias e Fundações Públicas integrantes do Poder Executivo do Estado de Pernambuco, sendo o seu valor global de R\$ 28.013,60 (vinte e oito mil treze reais e sessenta centavos) e o prazo de vigência de 02 de fevereiro de 2022 a 01 de fevereiro de 2023. Seu inteiro teor pode ser acessado pelo endereço eletrônico <https://www.peintegradado.pe.gov.br>. GIANNI DE LIMA GUIMARÃES- Secretária Executiva de Contratações Públicas.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

AVISO DE RETOMADA DE PREGÃO

PROCESSO Nº 0020.2021.CCPL-E-II-PE.0018.SAD.DAG-SDS
Objeto: **Formação de Registro de Preço para possível aquisição de veículos, tipo furgão, adaptados para serem utilizados como base móvel de segurança.** Comunicamos que às 14:00 horas (horário de Brasília) do dia 11/02/2022 será realizada sessão no PE-INTEGRADO (www.peintegradado.pe.gov.br) para retomada dos itens 01 e 02 do processo licitatório em epígrafe, com a convocação de empresa remanescente na ordem de classificação, considerando que a licitante INTEC DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA, anteriormente declarada vencedora dos referidos itens, encontra-se impedida de contratar com o Estado de Pernambuco. Outras informações: (81) 3183-7830, André Tavares, Pregoeiro da CCPL E II.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Aditivo 005 ao Termo Adesão 004.2020.SAD.001 ao Contrato Mater 004/SAD/SEADM/2020. Contratante: Secretária de Administração de Pernambuco. Contratada: Consórcio Rede PE Conectado Inexigibilidade. Contratante aderente: Secretária de Administração de Pernambuco. Objeto: prorrogação do prazo de parte dos serviços contratados. Vigência: 28/01/22 até 27/07/22. Valor: R\$ 41.923,20. Recife, 27/01/22.

SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO

Aditivo 004 ao Termo Adesão 004.2020.SAD.001 ao Contrato Mater 004/SAD/SEADM/2020. Contratante: Secretária de Administração de Pernambuco. Contratada: Consórcio Rede PE Conectado Inexigibilidade. Contratante aderente: Secretária da Controladoria Geral do Estado. Objeto: prorrogação do prazo dos serviços contratados. Vigência: 28/01/22 até 27/07/22. Valor: R\$ 7.082,52. Recife, 27/01/22.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

4º Termo Aditivo ao Contrato Nº 007/2018-GAB/SDS - **OBJETO:** prorrogação do prazo de vigência do Contrato mater,

de 03/02/2022 à 02/02/2023; **VALOR TOTAL:** R\$ 63.600,00; **CONTRATADA:** DIRANA SERVICOS EM RADIOLOGIA LTDA-**ME. EMPENHO:** Nº2022NE000047 de 03/01/2022; **ORIGEM:** ARP Nº028/2017, PL nº014.2017.CPL.SDS. Recife-PE, 02FEV2022. **FLÁVIO DUNCAN MEIRA JÚNIOR** - Sec. Executivo de Gestão Integrada/SDS. (*)

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Termo de Rerratificação à Ata de Registro de Preço nº001/2021- GAB/SDS; OBJETO: Rerratificação da Tabela contida na **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**, especificamente o **valor unitário** do item 11 e consequentemente o **valor total; Onde se lê: "valor unitário: R\$5,60 e Valor total: R\$25.200,00..."**, leia-se: **"valor unitário: R\$4,59 e Valor total: R\$20.655,00..."**; **CONTRATADA:** J A A LUNA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO - EPP **ORIGEM:** PL Nº **PROCESSO Nº 0051.2020.CPL-II-PE.0040.DAG-SDS**, PE Nº 0040.DAG-SDS. Recife-PE, 02FEV2022. **FLÁVIO DUNCAN MEIRA JÚNIOR** - Sec. Executivo de Gestão Integrada/SDS. (*)

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO

EXTRATO - CESSÃO DE USO

Instrumento de Cessão de Uso nº 094/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Associação dos Produtores Rurais Fazenda Boa Vista Pamamirim/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (uma) Ensiladeira, Tombamento: nº 22010100024.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 09/06/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 112/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Município de Sairé/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (um) Trator Agrícola, Tombamento: nº 220101.000.009.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 31/08/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 113/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Município de Capoeiras/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
150 (cento e cinquenta) Caixas Plásticas Brancas, S/T
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 01/09/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 114/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Município de Brejo da Madre de Deus/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
100 (cem) Caixas Plásticas Brancas, S/T
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 13/09/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 115/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Associação dos Pequenos Agropecuaristas de Bom Jardim - AGROCAMP/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de

uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (uma) Ensiladeira Forrageira, Tombamento: nº 220101.00038.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 01/09/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 119/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Município de Gravatá/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
100 (cem) Caixas Plásticas Brancas, S/T
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 13/09/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 123/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Associação das Mulheres de João Alfredo/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (uma) Ensiladeira, Tombamento: nº 220101.00044.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 21/10/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 125/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Município de Pedra/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (um) Caminhão Tipo Toco, Tombamento: nº 442.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 26/08/2021.

Instrumento de Cessão de Uso nº 126/2021.
Cedente: SDA
Cessionário: Associação Comunitária dos Moradores do Sítio Sapucaia de Baixo - Agrestina/PE.
Objeto: A cedente é legítima proprietária do bem, abaixo relacionado, e que põe a disposição em regime de cessão de uso gratuito, a título precário e revogável a qualquer tempo ao cessionário:
01 (uma) Ensiladeira, Tombamento: nº 220101.00040.2021
Vigência: Até 31/12/2026.
Assinado: 01/12/2021.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Aditivo 004 ao Termo Adesão 004.2020.SDEC.001 ao Contrato Mater 004/SAD/SEADM/2020. Contratante: Secretária de Administração de Pernambuco. Contratada: Consórcio Rede PE Conectado Inexigibilidade. Contratante aderente: Secretária de Desenvolvimento Econômico. Objeto: prorrogação do prazo de parte dos serviços contratados. Vigência: 28/01/22 até 27/07/22. Valor: R\$ 4.788,96. Recife, 27/01/22.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CRIANÇA E JUVENTUDE

EXTRATO 5º T.A. CONTRATO Nº 001/2019 - ALFORGE SEGURANÇA PATRIMONIAL LTDA; CNPJ: 13.343.833/0001-05; **OBJETO:** prorrogação da vigência do contrato; **VIGÊNCIA:** 12 meses 03/01/2022 a 02/01/2023; **VALOR:** R\$ 427.521,36.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CRIANÇA E JUVENTUDE

EXTRATO CONTRATO Nº 002/2022 - UNIKA TERCEIRIZAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI EPP; CNPJ: 11.788.943/0001-47; **OBJETO:**

Prestação de Serviços de Controle, Operação e Fiscalização de Portarias; **VIGÊNCIA:** 12 meses 01/02/2022 a 31/01/2023; **VALOR:** R\$ 729.084,24.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO

GERÊNCIA GERAL DE LICITAÇÕES - GGLIC COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL AVISO DE LICITAÇÃO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 002/2022, CPL - CONCORRÊNCIA Nº 002/2022 - OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE ENGENHARIA PARA A EXECUÇÃO DAS OBRAS DE CONSTRUÇÃO DE UNIDADE DE TRIAGEM DE MATERIAIS RECICLÁVEIS DE MATINHA NO MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA - PE". **SESSÃO INICIAL:** 08/03/2022, às 10h30. **Valor Estimado:** R\$ 1.237.593,91. **LOCAL:** Secretária de Desenvolvimento Urbano e Habitação - SEDUH, sito à Estrada do Barbalho, nº 889-A, Iputinga, Recife/PE. O Edital estará à disposição dos interessados no site: www.licitacoes.pe.gov.br ou na sala da GGLIC/SEDUH, no endereço já mencionado, através de contato prévio pelo telefone (81) 3181-3311 ou pelo e-mail cpl@seduh.pe.gov.br, mediante entrega de um CD-R/DVD-R virgem e preenchimento de formulário com dados da empresa. Recife, 02/02/2022. François Mitterrand Cabral da Silva. Presidente da CPL - SEDUH/PE.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO

Primeiro Termo Aditivo ao Contrato nº 025/2020. Contratante: SEDUH. Contratada: Imprensa Nacional. Objeto: Prorrogação da vigência contratual por mais 12 (doze) meses de 29 de janeiro de 2022 até 28 de janeiro de 2023. Valor: R\$ 12.026,52 (Doze mil, vinte e seis reais e cinquenta e dois centavos). Celebração: 28/01/2022. **ANDRESSA CAROLINE LÚCIO GADÉLHA.** Gerente Geral de Administração e Finanças - GGAF

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO

TERMO DE RESCISÃO AO CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO Nº 031/2016. Contratante: SEDUH. Contratada: HELIO COSTA MONTENEGRO DE OLIVEIRA. Objeto: RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO Nº 031/2016, celebrado com HELIO COSTA MONTENEGRO DE OLIVEIRA, cujo objeto é o exercício pelo Contratado a função de ENGENHEIRO DE ORÇAMENTO. Celebração: 26/01/2022. **ANDRESSA CAROLINE LÚCIO GADÉLHA.** Gerente Geral de Administração e Finanças

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

AVISO DE LICITAÇÃO - CPLOSE

PL.011.2021.CC.008.2021. OBJETO: Contratação de gerenciamento de serviços técnicos de engenharia e elaboração de projetos executivos e orçamentos. **VALOR: R\$ 18.110.976,36.** **DATA DE ABERTURA:** 22/03/2022 às 14h00. O Edital se encontra disponível no Pannel de Licitações no endereço www.licitacoes.pe.gov.br. **INFORMAÇÕES:** Avenida Afonso Olindense, 1513, Bloco B, Térreo, Várzea, Recife-PE, CEP: 50.810-900. **FONE:** (81) 3183-8237. **HORÁRIO DE ATENDIMENTO:** 8h00 às 12h00. Recife, 02 de fevereiro de 2022. **FRANCIMILTON DOS SANTOS** - Presidente da CPLOSE

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 008/2021. INSTITUTO ALIANÇA COM O ADOLESCENTE. CNPJ/MF Nº04.863.094/0001-83. Objeto: prorrogação do prazo de vigência por mais 12 (doze) meses, correspondente ao período de 31/01/2022 a 30/01/2023, cujo objeto trata-se da implementação de parceria para execução das atividades do Programa Smashed/ Fala Sério! com: Aparentações virtuais da Peça "Fala Sério!" e Capacitação de Educadores e acompanhamento à implementação de disciplina: Educação para Boas Escolhas.. Vigência 31/02/2022. Data da assinatura: 28/01/2022.



O Livro do Ano do Prêmio Jabuti 2020 é pernambucano, é poesia, é nosso!

O título vencedor da 62ª edição do mais tradicional prêmio literário do Brasil faz parte do nosso catálogo. E você também pode levá-lo para a sua estante.

cepe.com.br



Cepe Editora



Cepe Oficial



/cepeoficial

Acesse www.cepe.com.br/lojacepe e garanta o seu **Solo para Vialejo**, de Cida Pedrosa.

As memórias da sua empresa merecem a proteção de um dos mais importantes centros de digitalização, gestão e guarda de documentos do Brasil. Conte com a Cepe Doc.



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
SEMPRE DO SEU LADO

Tabela de valores de 2022



SERVIÇOS	UNIDADE	PREÇO
Armazenagem caixa box	Caixa box por mês	R\$ 1,00
Armazenagem caixa padrão	Caixa padrão por mês	R\$ 2,85
Armazenagem digital	Gigabytes por mês	R\$ 8,66
Digitalização tamanho até A0/A1/A2	Imagem	R\$ 2,18
Digitalização tamanho até A3/A4	Imagem	R\$ 0,21
Frete entrega de documentos	Km rodado por entrega	R\$ 1,06
Frete inicial/devolução	Caixa box/padrão	R\$ 1,18
Indexação de campos	Campo indexado	R\$ 0,20
Inventário de caixa box	Caixa box	R\$ 2,37
Inventário de caixa padrão	Caixa padrão	R\$ 5,32
Inventário de documentos	Conjunto documental	R\$ 0,71
Manipulação de caixa	Caixa box/padrão	R\$ 2,61
Serviço de acondicionamento caixa box Cepe	Caixa box	R\$ 1,84
Serviço de acondicionamento caixa padrão Cepe	Caixa padrão	R\$ 8,63
Serviço de consulta de documentos digitalizados	Valor mensal	R\$ 2.367,00
Serviço de consulta e solicitação de documentos custodiados	Valor mensal	R\$ 1.182,00

*Tabela válida desde o dia 13/01/2020



Cepe
DOC

doc@cepe.com.br
(81) 3183 2747
www.cepe.com.br/cepe-doc