

TRANSPLANTE RENAL e PROFILAXIA DA DOENÇA POR CITOMEGALOVÍRUS (CMV) EM PACIENTES COM ALTO RISCO DE SE SUBMETER A TRANSPLANTE RENAL.

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 05 DE JANEIRO DE 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

PORTARIA ESTADUAL Nº 336, DE 20 DE ABRIL DE 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

INFORMAÇÕES GERAIS

CID 10 Contemplados

Z 94.0 – Rim transplantado

T 86.1 – Falência ou rejeição de transplante de rim

Medicamentos Disponibilizados e CID 10 Contemplados:

Descrição	CID's autorizados	Grupo de financiamento
Azatioprina 50 mg comprimido	Z 94.0 T 86.1	Grupo 2 – Aquisição pelo estado de Goiás com recurso próprio.
Ciclosporina 25 mg cápsula	Z 94.0	Grupo 2 – Aquisição pelo estado de Goiás com recurso próprio.
Ciclosporina 50 mg cápsula	T 86.1	
Ciclosporina 100 mg cápsula		
Everolimo 0,5 mg comprimido	Z 94.0	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Everolimo 0,75 mg comprimido	T 86.1	
Everolimo 1 mg comprimido		
Imunoglobulina humana 5 g solução injetável	Z 94.0 T 86.1	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Micofenolato de mofetila 500 mg comprimido	Z 94.0 T 86.1	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Micofenolato de sódio 180 mg comprimido	Z 94.0	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Micofenolato de sódio 360 mg comprimido	T 86.1	
Sirolimo 1 mg comprimido	Z 94.0	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Sirolimo 2 mg comprimido	T 86.1	
Tacrolimo 1 mg comprimido	Z 94.0	Grupo 1A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.
Tacrolimo 5 mg comprimido	T 86.1	
Valganciclovir 450 mg comprimido	Z 94.0 T 86.1	Medicamento de Protocolo Estadual – Aquisição pelo estado de Goiás com recurso próprio.

Especialidade médica: Deve ser prescrito por médico que possua Registro de Qualificação de Especialista em Nefrologia ou Urologia.

Observações gerais: O medicamento Valganciclovir por estar disponível apenas via Protocolo Estadual só é fornecido para pacientes residentes e/ou domiciliados no Estado de Goiás, mediante comprovação documental e visita domiciliar, sem agendamento, caso necessário.

- Caso o comprovante de endereço não esteja no nome do requerente, o proprietário e/ou locatário do imóvel deverá emitir uma declaração, devidamente assinada, cientificando que o requerente (paciente) reside naquele local. A assinatura do declarante deverá ter firma reconhecida em cartório.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas são considerados de alto risco, os pacientes com sorologia discordante (D+/R-) e/ou pacientes que foram submetidos a tratamento com anticorpos antilinfocitários depletors (GAT).

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLITICAÇÃO DO MEDICAMENTO

1º Solicitação – Abertura de processo:

1 – Documentos pessoais a serem apresentados:

- Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto ou Certidão de Nascimento);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS – cartão SUS);
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone) atualizado (*últimos 3 meses*);

2 – Documentos a serem emitidos pelo médico:

- **LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica)** ([Acesse aqui LME de preenchimento manual – em anexo](#)) ([Acesse aqui LME de preenchimento eletrônico](#)): adequadamente preenchido conforme orientações disponíveis no site da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) ([Clique aqui para acessar](#)).
 - A LME possui validade de 90 (noventa) dias a contar da data de preenchimento pelo Médico solicitante.
 - Cada LME poderá conter, no máximo, 6 (seis) medicamentos para a mesma doença (condição clínica). Caso seja necessário outra LME deverá ser preenchida com os demais medicamentos para o mesmo CID-10.
 - Para cada doença (condição clínica), definida de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), haverá a necessidade de preenchimento de um LME;
 - O Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (campo 15) deverá obrigatoriamente estar vinculado ao Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
 - O CNES refere-se ao código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).
- **Prescrição Médica:** O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. Todas as prescrições médicas (originais) devem ser apresentadas no ato da dispensação do(s) medicamento(s).
 - **PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM (sem controle especial): validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**
- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade:** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Encontra-se em anexo o termo para cada medicamento. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

- **Relatório médico, devidamente assinado e carimbado, informando:** descrição médica do histórico da situação clínica, **especificando a DATA em que foi realizado o transplante (para VALGANCICLOVIR especificar a DATA estimada do transplante renal)**; se o paciente fez uso de anticorpos antilinfocitários depletors (GAT) e descrição do quadro clínico atual do transplantado frente ao tratamento imunossupressor, empregado no momento.

3 – Exames a serem apresentados

- **Específicos por medicamento:**
 - Para **VALGANCICLOVIR:**
 - Laudo do exame de sorologia (IgM e IgG) para citomegalovírus **do doador e do receptor** do órgão transplantado (rim) que confirmem o critério (D+/R-) (**Validade máxima de 30 dias**);
 - Laudo do exame de clearance de creatinina (**Validade máxima de 30 dias**);
 - Laudo do exame de hemograma completo contendo contagem absoluta de neutrófilos, contagem de plaquetas e dosagem de hemoglobina (**Validade máxima de 30 dias**);
 - Laudo do exame de antigenemia para o Citomegalovírus (PP65) **OU** Laudo do exame de carga viral para CMV-Citomegalovírus (**Validade máxima de 30 dias**);

ATENÇÃO: Durante a avaliação técnica, o avaliador poderá solicitar o(s) laudo(s) de exame(s) complementar(es) atualizado(s) para comprovação diagnóstica e, portanto, inclusão no Programa. Caso o usuário já possua exame(s) complementar(es) atualizado(s), relativo(s) ao diagnóstico e CID-10, informados pelo médico solicitante no LME, estes poderão ser incorporados ao processo.

Solicitações subsequentes

- **Renovação de processo (a cada 6 meses):** deve ser incluído na renovação do processo a cada 6 meses os documentos abaixo relacionados

1 – Documentos a serem emitidos pelo médico:

- **LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica);**
- **Prescrição Médica: PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM (sem controle especial): validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**
- Relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente, contendo histórico da situação clínica, data do transplante e quadro clínico atual.

2 – Exames a serem apresentados

- **Específicos por medicamento:**
 - Para **VALGANCICLOVIR:** Laudo do exame de clearance de creatinina (**Validade máxima de 30 dias**);
 - Laudo do exame de hemograma completo contendo contagem absoluta de neutrófilos, contagem de plaquetas e dosagem de hemoglobina (**Validade máxima de 30 dias**);

ORIENTAÇÕES PARA ABERTURA DO PROCESSO

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve acessar o site Expresso Goiás ([Clique aqui para acessar](#)) para solicitar a Abertura de Processo ou Alteração e/ou Inclusão de Medicamento.

Caso o paciente não tenha acesso a internet, o mesmo pode se dirigir a uma das unidades da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC): Goiânia ou Anápolis; ou a uma das Policlínicas do Estado (Goianésia, São Luís de Montes Belos, Goiás, Quirinópolis, Posse e Formosa).

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável também através do site acessando a aba: Solicitar Cadastro de Pessoas Autorizadas.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I [Declaração autorizadora](#);
- II Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II Número de telefone do representante.

O paciente pode acompanhar o andamento do seu processo através do mesmo site acessando o campo "Consultar Andamento do Processo".

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – Azatioprina, ciclosporina, micofenolato de mofetila ou de sódio, sirolimo, everolimo, tacrolimo, imunoglobulina humana, valganciclovir

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de medicamentos imunossupressores para o tratamento preventivo ou terapêutico da rejeição do transplante renal.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis. Fui devidamente esclarecido(a) sobre o fato de que o transplante renal é uma das formas de tratamento, que a diálise é outra e que concordei em submeterme ao transplante renal.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- diminuição das chances de rejeição aguda do transplante;
- diminuição das chances de rejeição crônica do transplante;
- aumento da sobrevida do órgão transplantado.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos do uso destes medicamentos:

- medicamentos classificados como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): ciclosporina, micofenolato (de mofetila ou de sódio), sirolimo, everolimo, tacrolimo;

- medicamento classificado como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): azatioprina;

- aumento do risco de infecções de várias etiologias e alguns tipos de neoplasias (câncer), principalmente com o uso associado destes medicamentos;

- necessidade de dosar os níveis sanguíneos de alguns dos medicamentos;

- principais efeitos tóxicos da azatioprina: comprometimento dos sistemas hematológico e gastrointestinal, podendo também ocorrer anemia, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, pancreatite, toxicidade para o fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores articulares, retinopatia, falta de ar, pressão baixa, reações de hipersensibilidade, predisposição para câncer de pele e de outros órgãos;

- principais reações adversas da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, podendo também ocorrer formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada à temperatura, reações alérgicas, toxicidade renal e hepática, ginecomastia; - principais reações adversas da prednisona/prednisolona: insônia, nervosismo, vertigem, convulsões, psicose, pseudotumor cerebral, dor de cabeça, delírio, alucinações, euforia, úlcera péptica, náuseas,

vômitos, distensão abdominal, esofagite ulcerativa, pancreatite, catarata, glaucoma, aumento da quantidade de pelos no corpo, espinha, atrofia de pele, hiperpigmentação, síndrome de Cushing, aumento do apetite, diabetes melito, edema, supressão adrenal, supressão do crescimento, retenção de líquidos, parada da menstruação, dores articulares, sangramentos nasais, pressão alta, hipopotassemia, alcalose, fraqueza muscular, osteoporose, fraturas, reações de hipersensibilidade;

- principais reações adversas do micofenolato (de mofetila ou de sódio): diarreia, diminuição das células brancas do sangue, infecção generalizada e vômitos, podendo também ocorrer dor no peito, palpitações, pressão baixa, trombose, insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar, morte súbita, desmaio, ansiedade, depressão, rigidez muscular, formigamentos, sonolência, neuropatia, convulsões, alucinações, vertigens, tremores, insônia, tonturas, queda de cabelo, aumento da quantidade de pelos no corpo, coceiras, ulcerações na pele, espinhas, vermelhidão da pele, prisão de ventre, náuseas, azia e dor de estômago, perda de apetite, gases, gastrite, gengivite, hipertrofia gengival, hepatite, sangue na urina, aumento da frequência ou retenção urinária, insuficiência renal, desconforto para urinar, impotência sexual, anemia, diminuição das plaquetas do sangue, diabetes melito, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, inchaço, alteração de eletrólitos (hipofosfatemia, hiperpotassemia, hipocloremia), hiperglicemia, hipercolesterolemia, alteração de enzimas hepáticas, febre, dor de cabeça, fraqueza, dor nas costas e no abdômen, pressão alta, falta de ar, tosse;

- principais reações adversas do sirolimo: pressão baixa, palpitação, insuficiência cardíaca, desmaios, hemorragias, trombose, microangiopatia trombótica, doença vascular periférica, insônia, tremores, ansiedade, confusão, depressão, tontura, fraqueza ou rigidez muscular, neuropatia, formigamento, sonolência, aumento da quantidade de pelos, espinhas, vermelhidão na pele, coceiras no corpo, ulcerações na pele, arrotos, gases, gastrites, gengivites, inflamação na boca, diarreia, prisão de ventre, náuseas, vômitos, perda de apetite, perda de peso, hipertrofia gengival, alteração de enzimas hepáticas, diminuição das células brancas, vermelhas e das plaquetas do sangue, retardamento na cicatrização, síndrome hemolítico-urêmica, acúmulo de linfa, aumento dos níveis de colesterol e de triglicerídios, alteração de eletrólitos no sangue (cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio), síndrome de Cushing, diabetes melito, febre, sangramento nasal, toxicidade renal, edema facial, dores no corpo, osteoporose, catarata, alterações visuais;

- principais reações adversas do everolimo: leucopenia, hipercolesterolemia, hiperlipemia, hipertrigliceridemia, infecções virais, fúngicas e bacterianas, sepse, trombocitopenia, anemia, coagulopatia, púrpura trombocitopênica trombótica/síndrome hemolítico-urêmica, pressão alta, linfocele, tromboembolia venosa, dor abdominal, diarreia, náuseas, vômitos, acne, complicações de ferimentos cirúrgicos, edema, artralgias. Não se sabe se o medicamento é excretado pelo leite materno. Não há experiência suficiente para recomendar seu uso em crianças e adolescentes. A experiência clínica em indivíduos com mais de 65 anos de idade é limitada. Pacientes em uso de everolimo são mais suscetíveis a desenvolver linfomas e outras doenças malignas, particularmente de pele. Em pacientes com insuficiência hepática, a concentração sanguínea mínima deve ser monitorizada com cautela. Os pacientes devem ser acompanhados quanto ao risco de rabdomiólise e outras adversidades decorrentes do aumento da biodisponibilidade do medicamento. Métodos contraceptivos devem ser utilizados por pacientes de ambos os sexos sob regime imunossupressor até que informações mais conclusivas estejam disponíveis;

- principais reações adversas do tacrolimo: tremores, dor de cabeça, diarreia, pressão alta, náuseas e disfunção renal, podendo também ocorrer dor no peito, pressão baixa, palpitações, formigamentos, falta de ar, colangite, amarelão, diarreia, prisão de ventre, vômitos, diminuição do apetite, azia e dor no estômago, gases, hemorragia, dano hepático, agitação, ansiedade, convulsão, depressão, tontura, alucinações, incoordenação, psicose, sonolência, neuropatia, queda de cabelo, aumento da quantidade de pelos no corpo, vermelhidão de pele, coceiras, anemia, aumento ou diminuição das células brancas do sangue, diminuição das plaquetas do sangue, desordens de coagulação, síndrome hemolítico-urêmica, edema periférico, alterações metabólicas (hipo/hiperpotassemia, hiperglicemia, hipomagnesemia, hiperuricemia), diabetes melito, elevação de enzimas hepáticas, toxicidade renal, diminuição importante do volume da urina, febre, acúmulo de líquido no abdômen e na pleura, fraqueza, dor lombar, atelectasias, osteoporose, dores no corpo, peritonite, fotossensibilidade, alterações visuais;

- efeitos colaterais mais comuns da imunoglobulina humana: dor de cabeça, febre, dor muscular, respiração curta e desconforto no tórax;

- contra-indicações e principais reações adversas do valganciclovir: distúrbios gastrointestinais tais como diarreia, náusea, vômito, dor abdominal, ostipação, dor na região superior do abdome, dispepsia, distensão abdominal, e ascite; febre, fadiga, inchaço dos membros inferiores, dor, inchaço, inchaço periférico

e fraqueça; neutropenia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, candidíase oral, faringite, nasofaringite, sinusite, infecção do trato respiratório superior, gripe, pneumonia, bronquite, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e infecção do trato urinário; dor de cabeça, insônia, neuropatia periférica, parestesia, tremores e tontura, dermatite de todos os tipos, sudorese noturna, coceira, acne e erupção cutânea de todos os tipos; tosse, falta de ar, tosse produtiva, rinorreia, derrame pleural, descolamento da retina e visão turva, depressão, redução de peso e elevação da creatinina sérica, dor nas costas, dor nas articulações câimbras musculares e dor nos membros, insuficiência renal, disúria, rejeição do enxerto e do transplante, anorexia caquexia, aumento ou redução de potássio sérico, redução de magnésio sérico, aumento de glicose, redução de apetite, desidratação, redução de fósforo ou cálcio sérico, função hepática alterada, complicações pós-operatórias, dor pós operatória, infecção de ferida cirúrgica, trauma, envenenamento, alteração de pressão arterial.

- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira e não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. E de que, se o tratamento for suspenso sem orientação médica, corro o risco de perder o transplante e de voltar a necessitar de diálise. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar os medicamentos.

Estou da mesma forma ciente de que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como de medicamento imunossupressor ao longo do meu tratamento.

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 imunossupressor constará de uma combinação dos seguintes medicamentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> azatioprina. | <input type="checkbox"/> tacrolimo. |
| <input type="checkbox"/> ciclosporina. | <input type="checkbox"/> everolimo. |
| <input type="checkbox"/> corticosteroide. | <input type="checkbox"/> imunoglobulina humana. |
| <input type="checkbox"/> micofenolato de mofetila. | <input type="checkbox"/> valganciclovir |
| <input type="checkbox"/> micofenolato de sódio. | |
| <input type="checkbox"/> sirolimo. | |

Local:		Data:
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<hr style="width: 60%; margin: auto;"/> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável (nome por extenso):		
Número do CRM:	UF:	
<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> Assinatura e carimbo do médico	Data:	
Observação: - Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal. - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.		

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____