

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROTOCOLO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) COMPLEMENTARES DE OSTEOPOROSE NO ESTADO DE GOIÁS – versão maio/2024

Autoria: Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS-SESGO) e CEITS-GO.

Revisão e atualização: Me. Aurélio de Melo Barbosa, fisioterapeuta e doutorando em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Este protocolo estadual complementa o PCDT do Ministério da Saúde e ambos devem ser considerados como referência diagnóstica e terapêutica pelos profissionais de saúde, em Goiás, para o atendimento de pessoas com o transtorno de saúde supracitado. Este protocolo foi atualizado em maio de 2024, conforme recomendações da Comissão Estadual de Incorporação de Tecnologias em Saúde de Goiás.

1 INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença caracterizada por redução da massa óssea e deterioração estrutural do tecido ósseo (fragilidade óssea), tornando o organismo suscetível à fratura por fragilidade.¹ A fratura por baixo impacto (ou por fragilidade) é definida pela Organização Mundial da Saúde como uma fratura de um osso resultante de trauma leve (como queda a própria altura) ou fratura espontânea (sem agente mecânico traumático externo).²

As fraturas relacionadas a osteoporose ocorrem mais frequentemente nas vértebras, no rádio distal e no fêmur proximal. As fraturas do quadril são as mais graves e aumentam a taxa de mortalidade em 12 a 20% nos dois anos seguintes à fratura. Mais de 50% dos que sobreviveram a uma fratura de quadril são incapazes de ter uma vida independente e muitos deles necessitam viver em ambientes institucionalizados.¹

Segundo o estudo transversal BRAZOS (Brazilian Osteoporosis Study)³, realizado em 2006 (março-abril) em todas as regiões brasileiras com homens e mulheres em idade superior a 40 anos (incluiu principalmente mulheres com 65 anos ou mais), a prevalência de fraturas por baixo impacto era de 13,8% [11,3%; 16,3%; IC95%] no sexo masculino e 10,5% [9,0%; 12,0%; IC95%) no sexo feminino, na região Centro-Oeste. O diagnóstico autorreferido de osteoporose foi de 6%, mas os autores afirmam que a frequência de fraturas por baixo impacto, encontrada na investigação, reflete um provável diagnóstico clínico de osteoporose.³

O principal objetivo do tratamento da osteoporose é prevenir fraturas por fragilidade, além de promover aumento e remodelação da massa óssea. Como objetivo secundário, a terapêutica almeja a prevenção de hospitalizações, incapacitação física e mortes relacionadas a fraturas graves relacionadas a osteoporose.^{1,2}

O Ministério da Saúde instituiu, em 2023, um PCDT⁴ (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) de osteoporose, válido em todo o território nacional. O PCDT propõe que o tratamento envolva

medidas não medicamentosas — que inclui prática de exercícios físicos, adoção de estratégias de prevenção de quedas e suspensão do consumo de álcool e do tabagismo — e medicamentosas, com suplementação oral obrigatória de cálcio e vitamina D e terapia com fármacos que estimulam aumento de massa óssea por um período mínimo de 2 a 5 anos, a depender do medicamento utilizado.⁴

São incluídos no PCDT do Ministério da Saúde⁴ os indivíduos que apresentam um dos seguintes critérios:

- Fraturas maiores (antebraço, vértebra, úmero, costelas) ou de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;
- Exame de densitometria óssea com T-escore menor ou igual a -2,5 desvios padrões no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;
- Baixa massa óssea (T-escore maior ou igual a -1,5 e menor ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade ou em pacientes com probabilidade de fratura pela escala FRAX acima do limiar de intervenção, se for possível.

Como primeira linha terapêutica são utilizados os bisfosfonatos orais: alendronato de sódio e risedronato de sódio. Como segunda linha terapêutica, se usam os bisfosfonatos injetáveis, preferencialmente o ácido zoledrônico e, alternativamente, o pamidronato de sódio (quando há contraindicação ao ácido zoledrônico), quando os pacientes apresentam intolerância gastrointestinal ou contraindicação aos bisfosfonatos orais, dificuldades de deglutição, ou são incapazes de manter a posição ortostática (sentado ou em pé) por 30 a 60 minutos após a ingestão do medicamento oral⁴.

Ainda, como segunda linha terapêutica, o PCDT indica o uso de teriparatida para o paciente que apresentar falha ao tratamento com bisfosfonatos (fraturas vertebrais ou não vertebrais por fragilidade óssea), associada a alto risco de fratura calculado pelo FRAX e T-escore menor ou igual a -3,0⁴.

Como terceira linha terapêutica, o PCDT indica o uso de raloxifeno, para pessoas com histórico de osteonecrose de mandíbula ou fratura atípica de fêmur, também para mulheres com intolerância ou contraindicação aos bisfosfonatos e com baixo risco de tromboembolismo venoso. Todavia, o raloxifeno é eficaz apenas para prevenção de fraturas vertebrais, mas não para as fraturas de quadril ou não vertebrais. Na terceira linha terapêutica, o PCDT ainda indica o uso de calcitonina para o paciente que sofrer osteonecrose de mandíbula, fratura atípica de fêmur ou contraindicação absoluta aos outros fármacos supracitados⁴.

Na quarta linha terapêutica, o PCDT recomenda o tratamento com romosozumabe para mulheres com idade superior a 70 anos de idade, no período pós menopausa, com risco muito alto de fratura e falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os demais medicamentos preconizados no Protocolo⁴.

Denosumabe é uma opção que poderia ser utilizada como segunda linha terapêutica, porém o Ministério da Saúde não o incluiu no PCDT de osteoporose, portanto não foi incorporado à RENAME (Relação Nacional de Medicamentos). Ainda, apesar que a teriparatida tenha sido padronizada pelo Ministério da Saúde, há necessidade que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) também o inclua na Relação Estadual Complementar de Medicamentos (RECOME) com indicação de tratamento da osteoporose, a fim de garantir a cobertura populacional.

Assim, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), por meio deste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Complementares de Osteoporose no Estado de Goiás, amplia a linha de cuidado para tratamento medicamentoso ambulatorial da osteoporose, padronizando denosumabe e teriparatida. Tais medicamentos são complementares aos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

- M80 Osteoporose com fratura patológica.
- M81 Osteoporose sem fratura patológica.
- M82 Osteoporose em doenças classificadas em outra parte.

3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da osteoporose pode ser clínico, nos casos de indivíduos com fatores de risco que apresentam fratura osteoporótica. Também pode ser estabelecido com base na medida de baixa densidade mineral óssea (DMO) areal (por área) em sítio de coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, por exame de densitometria óssea através da técnica de absorciometria por raios-X com dupla energia (DXA).⁴ Outras orientações sobre o diagnóstico devem ser vista no PCDT⁴ de osteoporose do MS.

Para este PCDT complementares, considera-se as definições diagnósticas descritas no quadro I.

Quadro I – Definições diagnósticas de osteoporose

<p>Osteoporose é definida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T score < -2,5 DP (desvio padrões) obtido em densitometria óssea central, nos sítios: coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, em homens ou mulheres > 50 anos.
<p>Osteoporose estabelecida é definida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T score < -2,5 DP obtido em densitometria óssea central, nos sítios coluna lombar, colo femoral ou fêmur total em homens ou mulheres > 50 anos associado a uma fratura prévia por fragilidade.
<p>Osteoporose grave é definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falha ao tratamento com bisfosfonatos (ocorrência de fratura vertebral ou não vertebral por fragilidade óssea mesmo após tratamento de prevenção de fraturas), associada a alto risco de fratura calculado pelo FRAX e T-escore menor ou igual a - 3,0 • Duas ou mais fraturas osteoporóticas prévias com T score < - 2,5 em coluna lombar ou fêmur proximal. • T score < - 4 DP em sítio de coluna lombar, fêmur total ou colo de fêmur, com ou sem fratura prévia, associado a fatores de risco para fraturas osteoporóticas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ter idade avançada; ◦ Ser idoso com síndrome de fragilidade ou síndrome de instabilidade postural (tendência à quedas); ◦ Ter Índice de Massa Corporal (IMC) baixo; ◦ Ter feito uso de glicocorticoides por mais de 3 meses, dose Prednisona > 7,5 mg/dia; ◦ Ter artrite reumatoide; ◦ Ter Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); ◦ Ser tabagista atualmente.

Fonte das informações: Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica de Mato Grosso.⁵

4 EVIDÊNCIAS SOBRE OS MEDICAMENTOS

As atuais evidências científicas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos, com grau A de recomendação para a prática baseada em evidências, sugerem que denosumabe: tem menor risco relativo que alendronato e risedronato de sódio para fraturas vertebrais e maior efeito sobre DMO femoral, com risco similar de fraturas não vertebrais, de quadril, de punho e de úmero; apresenta redução pequena do risco absoluto, pois evita 15,4 fraturas e 2,5 institucionalizações (ou cuidados permanentes de enfermagem no domicílio) a mais que o alendronato de sódio para cada 10 mil pacientes tratados, além de um ganho de 0,0018 anos de vida por paciente tratado; quando comparado ao placebo, em cada 10 mil pacientes tratados, evita 3 fraturas fatais e promove ganho total de 29 anos de vida, em média um ganho de 9,7 anos de vida para cada uma das mortes evitadas, mas se comparado ao alendronato, promove ganho de 18 anos de vida e evita 1,6 fraturas fatais a mais; tem risco similar aos bifosfonados para eventos adversos como infecções, transtornos cardiovasculares, óbito relacionado a infecções, morte cardiovascular ou por qualquer causa.^{2, 6-9}

Ainda, as evidências sugerem que: o tratamento com teriparatida reduz mais o risco de fraturas vertebrais que o tratamento com alendronato de sódio ou risedronato de sódio, porém a diferença de

risco absoluto é muito pequena, pois teriparatida evita 0,62 fraturas/mil pacientes a mais que alendronato ou risedronato; a farmacoterapia com teriparatida tem risco similar de fraturas não vertebrais (quadril e outros sítios) à terapia com alendronato de sódio ou risedronato de sódio, ou seja, tem a mesma eficácia; teriparatida é mais eficaz que raloxifeno, pois evita mais fraturas vertebrais e não vertebrais, porém a redução no risco absoluto é pequena; teriparatida tem maior efeito sobre a massa óssea corporal (medida pela DMO femoral) que o risedronato de sódio e o raloxifeno, com efeito similar ao do alendronato de sódio; teriparatida tem um risco similar aos bifosfonados orais ou raloxifeno para eventos adversos e mortalidade.^{2, 10}

De maneira geral as evidências sugerem que denosumabe e teriparatida são um pouco mais eficazes que alendronato de sódio e risedronato de sódio, pois evitam mais fraturas fatais, mais fraturas de qualquer tipo e mais institucionalizações.^{2, 10} A tabela 1 apresenta os dados de eficácia dos diversos agentes farmacológicos.

Tabela 1. Número de desfechos clínicos evitados por mil pacientes tratados e anos de vida ganhos (AVG) por paciente, com medicamento comparado a nenhum tratamento medicamentoso.

Droga	Fraturas evitadas					Total de fraturas evitadas	Novas admissões (a cuidados de enfermagem domiciliar ou ILP) evitadas	Total de AVG por paciente tratado versus nenhum tratamento
	fatais	quadril	vertebrais	úmero proximal	Punho			
ALN	0,14	0,93	0,85	0,45	1,30	3,53	0,16	0,0011
RIS	0,13	0,83	0,85	0,52	1,47	3,66	0,15	0,0010
RLX	-0,01	-0,16	0,27	0,17	0,09	0,37	0,05	0,0005
ZOL	0,26	1,45	1,61	0,80	2,31	6,17	0,25	0,0020
DEN	0,30	1,72	1,82	0,42	1,10	5,07	0,41	0,0029
TPTD	0,27	1,76	1,47	0,91	2,47	6,60	0,31	0,0020

Fonte: Barbosa e Araújo¹⁰ e Davis et al.²

Legenda:

AVG: anos de vida ganhos
ALN: Alendronato de sódio.
ILP: instituição de longa permanência
RIS: Risedronato de sódio.

RLX: Raloxifeno.
ZOL: ácido zoledrônico.
DEN: Denosumabe.
TPTD: Teriparatida.

Assim, como há ligeira eficácia² de denosumabe e teriparatida, em todos os desfechos citados na tabela 1, quando comparados aos bifosfonados orais e injetáveis, parece que há vantagem em oferecer denosumabe e teriparatida como opções de segunda linha terapêutica para o tratamento de osteoporose grave.

5 TRATAMENTO

O diagnóstico e tratamento da osteoporose, de maneira geral, deve seguir as recomendações do PCDT⁴ de osteoporose do Ministério da Saúde, seguindo as linhas terapêuticas ali propostas.

Como complementação às diretrizes terapêuticas supracitadas, se faz as recomendações descritas a seguir:

- Na segunda linha terapêutica — para os pacientes com osteoporose ou osteoporose estabelecida que apresentam distúrbio da deglutição ou gastrointestinal, ou intolerância aos bifosfonados orais — O PCDT do Ministério da Saúde recomenda o tratamento com ácido zoledrônico. Este PCDT complementares do Estado de Goiás recomenda o tratamento com ácido zoledrônico ou com denosumabe, sendo o denosumabe uma alternativa ao ácido zoledrônico. O tratamento com denosumabe deve ser instituído durante 3 anos, com injeções subcutâneas semestrais. O tratamento com ácido zoledrônico deve ser feito durante 3 anos, com infusões anuais (por via endovenosa). Salienta-se que, para esse perfil de pacientes, denosumabe e ácido zoledrônico são opções mais custo-efetivas que teriparatida, pois eles têm eficácia e segurança parecida entre si (ver tabela 1), mas teriparatida tem um custo total do tratamento 15 vezes maior. Preferencialmente este PCDT recomenda o uso de denosumabe, por ser de mais fácil aplicação/ administração que o ácido zoledrônico (este exige uso de bomba de infusão endovenosa).

- Para pacientes com osteoporose grave (conforme critérios descritos no quadro 1), este PCDT complementares recomenda o tratamento durante 3 anos com denosumabe, em injeções subcutâneas semestrais, ou o tratamento durante 2 anos com teriparatida, em injeções subcutâneas diárias. Como esses dois medicamentos são ligeiramente mais eficazes (ver tabela 1) que bifosfonados orais e injetáveis para evitar fraturas fatais, fraturas de quadril e institucionalizações, eles são os mais recomendados para pacientes com osteoporose grave. Ressalta-se que denosumabe é mais custo-efetivo que teriparatida e de mais fácil aplicação/administração (exige injeções semestrais, enquanto teriparatida exige injeções diárias).

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para tratamento com denosumabe, serão incluídos os pacientes que cumprirem os requisitos descritos em um dos seguintes tópicos:

- Diagnóstico documentado de osteoporose (relatório com histórico de fatores de risco para osteoporose ou T score menor que -2,5 em exame de DMO de coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, em homens ou mulheres acima de 50 anos) e diagnóstico de distúrbio da deglutição ou gastrointestinal.
- Diagnóstico documentado de osteoporose (relatório com histórico de fatores de risco para osteoporose ou T score menor que -2,5 em exame de DMO de coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, em homens ou mulheres acima de 50 anos) e intolerância aos bifosfonados orais, após tentativa de tratamento em que houve reações adversas gastrintestinais ou outras moderadas a graves (descrita em relatório detalhado).

Para tratamento com denosumabe ou teriparatida, serão incluídos os pacientes que cumprirem os requisitos descritos em um dos seguintes tópicos:

- Diagnóstico documentado de osteoporose grave, com falha ao tratamento com bisfosfonatos (fraturas vertebrais ou não vertebrais por fragilidade óssea) associada a alto risco de fratura calculado pelo FRAX e T-escore menor ou igual a - 3,0.
- Diagnóstico documentado de osteoporose grave, com histórico de 2 (duas) ou mais fraturas de baixo impacto por osteoporose e que T score menor que -2,5 em exame de DMO de coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, em homens ou mulheres acima de 50 anos (documentados por relatório médico e exame de DMO).
- Diagnóstico documentado de osteoporose grave, com T score < - 4 DP em exame de DMO de coluna lombar, colo de fêmur ou fêmur total, com ou sem fratura prévia, associado a fatores de risco para fraturas osteoporóticas.

7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Denosumabe não será dispensado nas seguintes situações⁵:

- Crianças, adolescentes e gestantes.
- Pacientes com hipocalcemia.

Teriparatida não será dispensada nas seguintes situações⁵:

- Crianças, adolescentes e gestantes.
- Pacientes com hiperparatireoidismo primário ou secundário não tratados.
- Pacientes com outras desordens hipercalcêmicas, como por exemplo, hipercalcemias ligadas a malignidades, sarcoidose, etc.
- Portadores de Doença de Paget, em atividade.
- Pacientes com alto risco de osteossarcoma (radioterapia prévia, aumento inexplicado da fosfatase alcalina, etc).

8 MONITORIZAÇÃO

Regularmente, os pacientes incluídos neste PCDT complementares do Estado de Goiás deverão ser acompanhados periodicamente por seus médicos assistentes (da rede de atenção primária, secundária ou terciária que tratam osteoporose), para reavaliação, controle de fatores de risco e estímulo à adesão terapêutica. Exames anuais ou bianuais de DMO podem ser feitos para avaliar a estabilidade ou aumento da DMO. Exames periódicos de dosagem sérica de cálcio podem ser necessários, devido aos efeitos adversos provocados por teriparatida.

Para a continuidade da dispensação dos medicamentos:

- os pacientes deverão entregar nova receita com relatório médico a cada 6 meses, com resultado de dosagem recente de cálcio sérico (anexar resultado);
- finalizados 12 meses de tratamento, ainda deve ser entregue cópia do laudo de novo exame de densitometria óssea, atestando acompanhamento da DMO.

Após completados 24 (vinte e quatro) meses de tratamento, a dispensação de teriparatida será suspensa. Após 36 (trinta e seis meses) de tratamento, a dispensação de denosumabe será suspensa.

9 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal dos benefícios, potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamentos preconizados neste protocolo. É obrigatória a utilização dos formulários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

10 REFERÊNCIAS

1. Radominski SC, Bernardo W, Paula AP de, Albergaria BH, Moreira C, Fernandes CE, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Reumatol. 2017;57(S2):452–66.
2. Davis S, Simpson E, Hamilton J, James MM-S, Rawdin A, Wong R, et al. Denosumab, raloxifene, romosozumab and teriparatide to prevent osteoporotic fragility fractures: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess [Internet]. 2020 Jun;24(29):1–314. Available from: <https://doi.org/10.3310/hta24290>.
3. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Jacques N de O, Genaro PS, Martini LA, Ferraz MB. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos - The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). Rev Bras Reumatol [Internet]. 2010 Apr;50(2):113–20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042010000200002>.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2023. 90 p. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>.
5. Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica do Estado de Mato Grosso (CPFT-MT). Protocolo de Utilização da Teriparatida em Osteoporose Grave. Cuiabá: CPFT-MT; 2016. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/5761>.
6. Barbosa AM, Hércules AJ. Eficácia e segurança do denosumabe comparado aos bifosfonados orais para tratamento de osteoporose e prevenção de fraturas: revisão rápida de evidências. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2020;6(2):e600007. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/220/30>.
7. Lv F, Cai X, Yang W, Gao L, Chen L, Wu J, et al. Denosumab or romosozumab therapy and risk of cardiovascular events in patients with primary osteoporosis: Systematic review and meta-analysis. Bone [Internet]. 2020;130:115121. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bone.2019.115121>.
8. Diker-Cohen T, Rosenberg D, Avni T, Shepshelovich D, Tsvetov G, Gafter-Gvili A. Risk for Infections During Treatment With Denosumab for Osteoporosis: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2020;105(5):dgz322. Available from: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz322>.

9. Barbosa AM, Fernandes RM. Eficácia e segurança do ácido zoledrônico comparado aos bifosfonados orais para prevenção de fraturas na osteoporose: revisão rápida de evidências. Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2020;6(2):e600005. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/218/26>.
10. Araújo WEC, Barbosa AM. Eficácia e segurança da Teriparatida comparada aos bifosfonados orais e Raloxifeno para prevenção de fraturas em osteoporose: revisão rápida de evidências. Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública "Cândido Santiago". 2021;7(1):e7000033. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/322/148>.

Este PCDT foi alterado e atualizado em maio de 2024, conforme solicitação da Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo (CEMAC). A solicitação de alteração do PCDT foi aprovada e recomendada pela Comissão Estadual de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CEITS/SES-GO). Este PCDT foi assinado por Aurelio de Melo Barbosa (revisor do PCDT, membro do NATS/SESG/SES-GO, assessor científico da CEITS) e por Fernanda Pimenta Simon Ferreira (Presidente da CEITS/SES-GO).



Documento assinado eletronicamente por **AURELIO DE MELO BARBOSA, Membro**, em 05/06/2024, às 16:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA PIMENTA SIMON FERREIRA, Presidente**, em 05/06/2024, às 17:32, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **60196744** e o código CRC **990DF100**.

COMISSÃO ESTADUAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE
RUA 26 Nº 521, - Bairro SETOR JARDIM SANTO ANTÔNIO - GOIANIA - GO - CEP 74853-070 - (62)3201-3416.



Referência: Processo nº 202400010027794



SEI 60196744