

# Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juíza de Direito Dra. Graziella Maria de Q. F. Peixoto

**PROCESSO Nº.:** 00245107520188130045

**SECRETARIA:** Segunda Vara Cível Criminal JIJ

**COMARCA:** Caeté

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** R. S. B. F.

**IDADE:** 08 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento Montelukaste e outros

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** L 50.9 e J 38

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Tratamento da urticária com risco de vida

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 15.628

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2017.000808

**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:** a) o medicamento é aprovado pela ANVISA?  
b) o medicamento é indicado para a moléstia apresentada pelo(a) paciente?  
c) existe algum outro medicamento que possa substituí-lo, com menor ônus para o Estado e fornecido pelo SUS? d) tecer outras considerações que julgar necessárias, tendo em vista os elementos essenciais de informação contidos no relatório médico.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 16/07/2018, trata-se de RSBF, 8 anos com história de urticária crônica associada a edema facial e falta de ar há 8 meses, que tem levado a necessidade de várias admissões na emergência, quando recebe fenergan e corticóide, devido a risco de edema de glote. Em acompanhamento especializado com alergista, encontra-se desnutrido com manchas pelo corpo e em uso domiciliar de hidroxizine, prednisona, cremes e imunoterapia.

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

Testes alérgicos positivos para: poeira, ácaros, pelos de animais, grama, perfume, PPD, conservantes, parabeno e quartermium 15. **Necessita do uso, por tempo indeterminado devido ao risco de vida, das seguintes medicações: montelucaste, fórmulas** contendo: cetirizine + florabiotic + wellmune + cactinea + bifidobacterium infantis; cremes a base de óleo de macadamia + tracolinus + fluocinolona acetonido + mentol + vitamina A + extrato glicólico de algas marinhas + benjoin + silicone + estearato de octila + creme cosmowax com cosmoguard + manteiga de karite; óleo de semente de uva + ureia + lactato de amônia + tracolinus + extrato glicólico de algas marinhas + tintura de angelica + silicone + estearato de octila + creme cosmowax com cosmoguard; shampoo com cosmoguard + B pantenol + essencia + extrato glicólico de abacate + ceramidas + vitamina A, E e C + proteína de trigo + bioex capilar + base perolada e condicionador com cosmoguard e cera de abelha + B pantenol + óleo de argan + vitamina A, E e C + silsoft A + estearato de octila sem essencia; além de imunoterapia com alérgeno de ácaros mix + fungos do ar+ bacterianos G. respiratorios + P. Parvum em diluição 1:1.000.

**A urticária crônica (UC) é uma condição frequente causada por mastócitos, na qual o paciente apresenta aparecimento de urticária (máculas-pápulas eritematosas), angioedema ou ambos, durante um período superior a 6 semanas. Pode ser classificada em dois tipos de acordo com os fatores precipitantes se conhecidos é a UC indutível ou desconhecidos UC espontâneo.** A forma indutível possui diferentes agentes desencadeantes, que definem os seus vários subtipos de urticária ao frio, ao calor, de pressão, solar, aquagénica, colinérgica, de contacto, angioedema vibratório e dermatografismo sintomático. Independentemente dessa classificação, a UC **é incapacitante, prejudicando a qualidade de vida e afetam o desempenho no trabalho e na escola.** Tem diagnóstico diferencial com as condições médicas em que pústulas e/ou angioedema podem ocorrer, como anafilaxia, síndromes auto-inflamatórias, vasculite

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

urticária ou angioedema mediada por bradicinina, incluindo angioedema hereditário (AEH). **O espectro de manifestações clínicas da UC é muito amplo e sua evolução natural imprevisível.**

**Clinicamente se manifesta como são pápulas e/ou placas que aparecem de forma súbita e se caracterizam pela coloração clara ou avermelhada, de tamanhos variados, quase sempre circundadas por um eritema reflexo, por aumento do fluxo sanguíneo, associadas a intenso prurido ou, algumas vezes, sensação de ardência.** As lesões costumam apresentar aumento de temperatura local. Essas lesões têm natureza transitória e a pele retoma seu aspecto normal geralmente dentro de 1 a 24 horas. **O angioedema é um edema localizado, com origem na derme profunda ou tecido subcutâneo/submucoso, que geralmente afeta a mucosa e a pele mais fina preferencialmente da junção mucocutânea incluindo pálpebras e lábios, pronunciado, repentino, não uniforme, acompanhado ou não de eritema.** O angioedema em geral é mais doloroso do que eritematoso e/ou pruriginoso. Sua resolução se dá de forma mais lenta, podendo persistir por até 72 horas. O angioedema acompanha as lesões de urticária em cerca de 40-50% dos casos. Na suspeita de obstrução das vias aéreas associada, caracterizada por inchaço e dor na garganta, náuseas, vômitos e hipotensão arterial, recomenda-se que o paciente busque tratamento médico de emergência, diminuindo o risco de consequências mais graves com tratamento adequado. **Na UC ocorre remissão espontânea com recidivas na maioria dos casos.** Poucos estudos epidemiológicos avaliaram a duração dos sintomas.

**A fisiopatologia da UC ainda não é bem conhecida, porém é sabido que o mastócito é a célula mais importante na fisiopatologia da urticária e do angioedema.** Por mecanismos imunológicos e não imunológicos ela degranula liberando substâncias pró-inflamatórias e inflamatórias, tais como histamina, prostaglandinas e leucotrienos que atuam junto as arteríolas e vênulas terminais. Ocorre o aumento da

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

permeabilidade abrupto, maciço local dos capilares cutâneos e vênulas pós-capilares levando ao edema central da pápula e ao angioedema; a vasodilatação das vênulas pós-capilares pela histamina determinando o eritema e o reflexo axônico gerando o eritema circundante.

**O diagnóstico da UC** objetiva excluir diagnósticos diferenciais, avaliar a atividade, o impacto e o controle da doença e identificar fatores desencadeantes de exacerbação ou, quando indicado, quaisquer causas subjacentes, sendo **essencialmente clínico**. **Anamnese minuciosa e exame físico detalhado** são importantes para **descartar** outros **quadros urticariformes**, **encontrar** um eventual **agente desencadeante e avaliar participação de fatores agravantes**. **Avaliação** basal da atividade da doença **com questionários** Weekly Urticaria Activity Score (**UAS**) e o (**UAS 7**), **de qualidade de vida (QV)** e qualidade de vida para o angioedema (**AE-QoL**) e **de controle da doença** Urticaria Control Test (**UCT**) são **indispensáveis para orientar as decisões de tratamento**, fornecendo melhores informações sobre a carga da doença do paciente bem como facilitar, melhorar e padronizar a documentação da UC. **A investigação laboratorial recomendada de rotina é feita com o hemograma, VHS e proteína C-reativa**. Outros exames devem ser solicitados apenas se a anamnese, exame físico, ou os exames de rotina indicarem.

**O tratamento da UC objetiva o controle dos sintomas e a melhor qualidade de vida do paciente**. Tem sido sugerida uma **dupla abordagem**: a primeira representa a **tentativa de identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes ou induzir sua tolerância**, e a segunda representada pelo **tratamento farmacológico para prevenir a liberação de mediadores de mastócitos e seus efeitos**. **Porém o controle da UC não é fácil** em função da dificuldade da identificação da etiologia da doença e pela fraca resposta terapêutica em grande parte dos pacientes. **É consenso que numa primeira linha, devem ser utilizados**

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**de modo contínuo até a resolução da UC, anti-histamínicos H1 (anti-H1) de segunda geração nas doses aprovadas.** São responsáveis pela redução na duração da crise, no tamanho das placas de urticária, do eritema, e principalmente do prurido. **Os anti-H1 de primeira geração** (prometazina, difenidramina, cetotifeno e clorfenamina) **já não são recomendados, devido aos seus efeitos adversos. Os de segunda geração** (cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, ebastina, rupatadina e bilastina) **apresentam potência elevada e maior meia-vida**, podendo ser administrados uma ou duas vezes ao dia, com **maior perfil de segurança e embora não sejam livres de efeitos adversos**, apresentam **menos efeitos anticolinérgicos e sedantes** por não atravessarem a barreira hematoencefálica. Dada a grande variabilidade na resposta individual a anti-H1 de segunda geração, **caso o controle sintomático não seja alcançado com seu uso, os doentes podem beneficiar da substituição por outro anti-H1 de segunda geração.** Na falha dessa primeira opção, o que ocorre em quase 50% dos casos, **como segunda linha, poder-se-á aumentar a dose usada até quatro vezes a aprovada, podendo ser trocado até 3 vezes de anti-H1 e mantido o tratamento por até 4 semanas, antes de avançar para terapêuticas de terceira linha.** Ainda assim, até **um terço dos pacientes permanecem sintomáticos**, sem controle adequado dos sintomas. Embora os estudos sejam concordantes em demonstrar a eficácia do aumento das doses dos anti-histamínicos H1 de segunda geração com alto nível de evidência e com ótimo perfil de segurança em pacientes com UC, tais medicamentos não são licenciados oficialmente para tal aumento. Em caso de necessidade de **avançar para uma terceira linha há duas opções consensuais: o omalizumabe e a ciclosporina. O omalizumabe é a única opção de terceira linha com autorização de introdução no mercado para a UC a partir dos 12 anos de idade. É um anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE** desenvolvido inicialmente para o

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

tratamento da asma alérgica de difícil controle, que posteriormente **mostrou-se útil também para o tratamento da UC** autoimune, conforme em estudos de prova de conceito, ECR. Demonstrou ser **muito eficaz e seguro no tratamento de UC e também previne o desenvolvimento de angioedema, melhorando acentuadamente a qualidade de vida.** Se mostra adequado para **tratamento a longo prazo e trata eficazmente a recidiva após a descontinuação.** Apresenta **boa resposta** para tratamento da UC **em mais de 80% dos casos, com remissão completa em 43% a 81% dos casos, com bom perfil de segurança.** Atualmente, os consensos recomendam o omalizumabe em seus algoritmos de tratamento como terceira ou quarta etapas de tratamento, juntamente com a ciclosporina, quando não há resposta ao uso de anti-H1 em doses elevadas. Conforme a Consenso Brasileiro, está indicado na dose de 300 mg, a cada 4 semanas para o tratamento da UC refratária aos anti-H1 em doses elevada e pode ser mantido por longos períodos, sem comprometimento da sua eficácia ou segurança. O consenso internacional recomendam sempre tentar o omalizumabe antes da ciclosporina A. **A ciclosporina A também tem um efeito direto moderado na liberação do mediador de mastócitos, sendo considerada droga de terceira linha no tratamento da UC, e indicada apenas na doença grave refratária a qualquer dose de anti-histamínico e omalizumabe, apresentando recomendação fraca na UC refratária às terapêuticas convencionais. Seu uso na UC é off-label, e além de não ser licenciado para urticária tem um perfil superior de efeitos adversos em relação as outras drogas. No entanto, tem uma relação risco/ benefício muito melhor em comparação com o uso crônico de esteróides.** Recomenda-se não ultrapassar 8 a 12 meses de uso ininterrupto, mas há situações em que se deve continuar. **Os principais possíveis eventos adversos são hipertensão arterial e nefrotoxicidade.** Já em relação aos **glicocorticoides vários consensos não recomendam seu uso prolongado no tratamento para UC, pelo entendimento de que**

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**os riscos, na maioria das vezes, superam os benefícios, existindo forte recomendação contra seu uso fora das clínicas especializadas. Entretanto, como exercem ações anti-inflamatórias e imunossupressoras na urticária, reduzindo o número e a resposta imune dos linfócitos, com predomínio na imunidade humoral, em determinadas situações de exacerbações não responsivas aos anti-H1 de segunda geração, um curso rápido de corticosteroide, não ultrapassando a dose de 60 mg/dia, pode ser necessário em curtos ciclos de 3 a 10 dias.**

**Antagonistas de receptores de leucotrienos (ARLT) cisteínicos (CysLTs) especificamente montelukaste, pranlucaste, e zafirlucaste têm sido referidos como possuindo atividades anti-inflamatórias secundárias, distintas do antagonismo de cysLTR1, que parecem ser eficazes no acesso aos neutrófilos e monócitos/macrófagos, além de mecanismos subjacentes de interferência com nucleotideofosofodiesterases cíclicas, 5-lipoxigenase, e o fator pró-inflamatório de transcrição, fator nuclear kappa B36. A possibilidade da participação de outros mediadores, além da histamina na patogênese da UC, como os leucotrienos, tem justificado o seu uso, como demonstrado em pacientes com UC devida a aditivos alimentares e com desencadeamento positivo ao ácido acetilsalicílico bloqueiam leucotrienos Alguns ECRs anteriores avaliaram o uso de antagonistas de receptores CysLTs na UC e concluíram que a combinação de desloratadina e montelukaste é eficaz no tratamento de doentes, mas sem vantagem face à monoterapia com desloratadina na UC moderada. Em doentes refratários à terapêutica, a combinação de montelukaste com cetirizina parece ser eficaz e com um bom perfil de segurança. Três revisões sistemáticas de vários estudos RCT e não-RCT com ARLT têm conclusões diversas: 1) em doentes com urticária de etiologia desconhecida, sem hipersensibilidade à aspirina ou aditivos alimentares, ou com ASST negativo, a utilização de um ARLT em combinação com um anti-H1 não é superior na redução dos**

7/12

---

## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**sintomas de urticária quando comparado com um anti-histamínico administrado em monoterapia 2) na UC os dados existentes são contraditórios, mas um ARLT associado a um anti-H1 (não como monoterapia) parece eficaz em doentes refractários a anti-histamínicos 3) na UC espontânea, os ARLT não apresentam vantagens, nem como monoterapia, nem associados a anti-histamínicos. De modo que esses resultados demonstram um nível de evidência baixo para a eficácia dos ARLT na UC, que é melhor para o montelucaste. Assim não se permitindo fazer um consenso na recomendação do ARLT, incluindo o montelucaste, como monoterapia ou terapia de associação ao tratamento anti-H1 em pacientes com UC que não respondem a anti-H1, havendo necessidade de mais estudos consistentes para sua indicação. Sabemos, da experiência clínica, que uma reduzida percentagem de doentes responde ao montelucaste. Está também descrito, e deduz-se dos estudos acima mencionados, que essa resposta parece ser imprevisível. Resta-nos salientar que a utilização do montelucaste no tratamento da urticária é off-label, já que é indicado para o tratamento de asma, incluindo a prevenção dos sintomas de asma durante o dia e noite, mas não previne o estreitamento das vias aéreas causado pelo exercício; rinite alérgica, incluindo sintomas diurnos e noturnos como congestão nasal, coriza, coceira nasal e espirros; congestão nasal ao despertar, dificuldade de dormir e despertares noturnos; lacrimejamento, coceira, vermelhidão e inchaço dos olhos.**

**Em relação à UC na criança, são poucas as abordagens específicas. Um estudo recente tailandês concluiu que 19% dos pacientes pediátricos têm remissão espontânea da urticária crônica em menos de um ano, mas 50% dos pacientes pediátricos têm persistência do quadro por mais de um ano com média de duração de 16 meses. Os anti-H1 de segunda geração também são o tratamento de escolha, sendo a cetirizina, levocetirizina e fexofenadina os mais**



---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**indicados.** Há relatos de aumento da dose em até quatro vezes do valor aprovado em bula, entretanto, **não há consenso na literatura em relação ao aumento da dose dos anti-H1 na faixa etária pediátrica, e qual dose exatamente seria a mais segura, devendo os mesmos serem usados com cautela.** Dois pequenos estudos em populações pediátricas com UCE refratária a doses aprovadas ou superiores de anti-histamínicos, num total de 23 doentes, com idades compreendidas entre os nove e os 18 anos, **reportaram que a utilização de ciclosporina em baixas doses foi eficaz na remissão da UC, entre poucos dias e três meses. As recidivas que ocorreram resolveram com nova terapia com ciclosporina. Nenhum dos estudos reporta efeitos adversos. A ciclosporina deverá restringir-se aos casos mais graves e apenas a considerar em centros especializados em UC.**

Quanto as **demais formulações solicitadas comprimido:** cetirizine + florabiotic + wellmune + cactinea + bifidobacterium infantis; **cremes a base de:** óleo de macadamia + tracolinus + fluocinolona acetinado + mentol + vitamina A + extrato glicólico de algas marinhas + benjoin + silicone + estearato de octila + creme cosmowax com cosmoguard + manteiga de karite; óleo de semente de uva + ureia + lactato de amônia + tracolinus + extrato glicólico de algas marinhas + tintura de angelica + silicone + estearato de octila + creme cosmowax com cosmoguard; shampoo com cosmoguard + B pantenol + essencia + extrato glicólico de abacate + ceramidas + vitamina A, E e C + proteína de trigo + bioex capilar + base perolada e condicionador com cosmoguard e cera de abelha + B pantenol + óleo de argan + vitamina A, E e C + silsoft A + estearato de octila sem essencia; além de **imunoterapia** com alérgeno de ácaros mix + fungos do ar+ bacterianos G. respiratorios + P. Parvum em diluição 1:1.000, **por se tratarem de fórmulas individuais não podem ser avaliadas pela literatura, não fazendo parte do escopo dessa nota técnica.**

---

## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**Conclusão: o caso de criança de 8 anos com história de UC associada a edema facial e falta de ar há 8 meses, que tem levado a necessidade de várias admissões na emergência devido a risco de edema de glote. Acompanhado por alergista, desnutrido com manchas pelo corpo, com vários testes alérgicos positivos e em uso domiciliar de hidroxizine, prednisona, cremes e imunoterapia. Necessita do uso, por tempo indeterminado devido ao risco de vida, das seguintes medicações: montelucaste, fórmulas diversas individuais.**

A **UC** é uma condição frequente causada por mastócitos, caracterizada por urticária e/ou angioedema, durante um período superior a 6 semanas. É incapacitante, prejudica a qualidade de vida e afeta o desempenho no trabalho e na escola. O tratamento da UC objetiva o controle dos sintomas e a melhor qualidade de vida do paciente, porém o controle da UC não é fácil. Tem sido sugerida uma dupla abordagem: identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes ou induzir sua tolerância, e a segunda representada pelo tratamento farmacológico para prevenir a liberação de mediadores de mastócitos e seus efeitos.

De acordo com diretrizes internacionais o tratamento padrão é uso dos anti-H1 de segunda geração, como primeira linha e o otimização da dose até 4 vezes a dose padrão do anti-H1 como opção de segunda linha. Se os sintomas não desaparecem após duas a quatro semanas, apesar da adesão adequada ao tratamento o médico deverá lançar mão de tratamentos como a Ciclosporina A e o Omalizumabe. Os consensos internacionais não recomendam o uso de ARLT como o montelucaste na UC, já que os estudos existentes tem resultados divergentes não permitindo sua indicação, havendo necessidade de mais estudos consistentes para seu uso. Resta-nos salientar que a utilização do montelucaste no tratamento da urticária é off-label.

---

## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

**Em relação à UC na criança, são poucas as abordagens específicas. Estudo recente concluiu que 19% dos pacientes pediátricos têm remissão espontânea da UC em menos de um ano, mas 50% dos pacientes pediátricos têm persistência do quadro por mais de um ano com média de duração de 16 meses. Os anti-H1 de segunda geração também são o tratamento de escolha, sendo a cetirizina, levocetirizina e fexofenadina os mais indicados. Não há consenso na literatura em relação ao aumento da dose dos anti-H1 na faixa etária pediátrica, e qual dose exatamente seria a mais segura, devendo os mesmos serem usados com cautela. Dois pequenos estudos reportaram que a utilização de ciclosporina em baixas doses foi eficaz na remissão da UC, entre poucos dias e três meses. As recidivas que ocorreram resolveram com nova terapia com ciclosporina. Nenhum dos estudos reporta efeitos adversos. A ciclosporina deverá restringir-se aos casos mais graves e apenas a considerar em centros especializados em UC.**

Quanto as demais formulações solicitadas de comprimido e cremes por se tratarem de fórmulas individuais não podem ser avaliadas pela literatura, não fazendo parte do escopo dessa nota técnica.

### **IV – REFERÊNCIAS:**

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, Bernstein JA, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Buense Bedrikow R, Canonica GW, Igreja MK, Craig T, Danilycheva IV, Dressler C, Ensina LF, Giménez-Arnau A, Godse K, Gonçalo M, Grattan C, hebert J, Esconder M, kaplan A, Kapp A, katelaris CH, Kocatürk E, Kulthanan K, Larenas-Linnemann D Leslie TA, Magerl M, Mathelier-Fusade P, Meshkova RY, metz M, Nast A, Nettis E, Oude Elberink H, Rosumeck S, Saini SS, Sanchez-Borges M, Scmid-Grendelmeier P, Staubach P, Sussman G, Toubi E, Vena GA, Vestergaard C, Wedi B, Werner RN, Zhao Z, Maurrer M. The

---

## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy**. 2018;73:1393–414.

Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/all.13397>.

2. Costa C, Gonçalo M em nome do GPEU – Grupo Português de Estudos de Urticária. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Urticária Crónica Espontânea: Recomendações em Portugal. **Acta Med Port**. 2016;29(11): 763-81. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/download/670/454/>.

3. Bula ANVISA Montelucaste de sódio 5p. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8130302013&pIdAnexo=1805740](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8130302013&pIdAnexo=1805740).

### **V – DATA:**

26/07/2019

NATJUS - TJMG