

**DECLARAÇÃO**

**Declara estar ciente que o preenchimento dos campos obrigatórios do FormRol, bem como o envio dos documentos obrigatórios, são requisitos para análise de elegibilidade da proposta de atualização do Rol?**

Sim

**Declara estar ciente que o preenchimento do FormRol com conteúdo inespecífico, pouco abrangente ou incompatível com as perguntas formuladas poderá trazer prejuízo para análise de elegibilidade da proposta de atualização do Rol?**

Sim

**Declara estar ciente que os documentos de envio obrigatório deverão ser elaborados em conformidade com o disposto nos incisos XII a XIV do art. 9º da RN nº 439/2018?**

Sim

**Declara estar ciente que é obrigatório o envio dos textos completos das evidências científicas referenciadas no parecer técnico-científico - PTC/revisão sistemática?**

Sim

**Declara que as informações prestadas neste formulário eletrônico são verdadeiras?**

Sim

**BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE****Proponente:**

Pessoa Jurídica

**CNPJ :**

18.274.290/0001-27

**Razão social :**

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

**E-mail da pessoa jurídica:**

renan.clara@sboc.org.br

**Telefone da pessoa jurídica :**

(11) 3179-0090

**Endereço da pessoa jurídica :**

Av. Paulista, 2073, Edifício Horsa II – Conjunto Nacional Conj. 1003, 01311-300

**Cidade da pessoa jurídica:**

São Paulo

**Unidade Federativa (UF) da pessoa jurídica:**

SP

**CEP da pessoa jurídica:**

01311-300

**Representação no âmbito do COSAÚDE:**

Conselho ou Associação de profissionais de saúde

**Conselho/Associação profissional:**

Medicina

**CPF do responsável pelo preenchimento da proposta de atualização do Rol:**

31918154813

**Nome completo do responsável pelo preenchimento da proposta de atualização do Rol :**

Renan Orsati Clara

**E-mail para contato com o responsável pelo preenchimento da proposta de atualização do Rol:**

Renan.Clara@sboc.org.br

**Telefone para contato com o responsável pelo preenchimento da proposta de atualização do Rol:**

(11) 9415-72081

**Formação profissional do responsável pelo preenchimento da proposta de atualização do Rol :**

Farmacêutico-bioquímico

**Declaro que me foram outorgados poderes para  
submeter a presente proposta em nome do  
proponente pessoa jurídica:** Sim

**BLOCO II - PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO ROL****Nome da tecnologia em saúde objeto da proposta de atualização do Rol:**

Cabozantinibe (Cabometyx)

**Tipo de proposta de atualização do Rol:**

Incorporação de nova tecnologia em saúde no Rol

**Justifique o porquê da proposta de atualização do Rol:**

Cabometyx (cabozantinibe) para o tratamento de Carcinoma de células renais avançado ou metastático (2ª Linha e posteriores).

**Apresente a proposta de atualização do Rol, especificando a indicação de uso da tecnologia em saúde no âmbito da Saúde Suplementar:**

Propomos a inclusão do Cabometyx (cabozantinibe) para o tratamento do Carcinoma de Células Renais avançado, em adultos após tratamento prévio com inibidor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF). A inclusão torna-se necessária para atender aos pacientes com grande volume de doença metastática e que evoluíram com resistência aos inibidores de receptores de VEGF. O cabozantinibe consegue ultrapassar a resistência à inibição do VEGFR com boa resposta terapêutica, mesmo em pacientes com doença mais avançada e pior prognóstico, devido à sua ação simultânea nas 3 vias celulares importantes para o desenvolvimento do câncer renal: VEGF(1,2,3), AXL e MET.

**BLOCO III - PROBLEMA DE SAÚDE****Descrição da doença/condição de saúde relacionada a proposta de atualização do Rol:**

O carcinoma de células renais (RCC) é o tumor sólido mais frequente do rim, correspondendo a 90-95% dos tumores renais primários malignos. Esse carcinoma ocorre a partir de uma transformação anormal das células renais e são responsáveis por cerca de 3% dos cânceres. Sua incidência é maior em países ocidentais e no gênero masculino (2/3 dos casos), e apresenta a mais elevada taxa de mortalidade dentro dos tumores urológicos (40 a 50%). O RCC é uma doença silenciosa (com mais de 50% dos casos diagnosticados de forma incidental), sendo que os sintomas em geral só surgem em uma fase tardia, quando o tumor está aumentado e metastático. A classificação histológica do RCC é de extrema importância, uma vez que os diferentes subtipos histológicos têm implicações prognósticas e terapêuticas. Cerca de 85% dos casos de RCC são do tipo histológico de células claras. Ao contrário de outros tumores, o RCC responde mal aos tratamentos oncológicos convencionais como quimioterapia e radioterapia.

**Diagnóstico - Padrão ouro para o diagnóstico da doença/condição de saúde:**

A maioria dos casos de RCC é diagnosticada de forma incidental no momento da avaliação de algum outro problema de saúde ou check-up de rotina. Em geral, o padrão ouro para diagnóstico são os exames de imagem (ultrassom, TAC e ressonância magnética) e biópsia. A classificação histológica do RCC é de extrema importância para determinação dos subtipos histológicos, tendo implicações prognósticas e terapêuticas. Uma das classificações mais utilizadas é a UICC TNM para o estadiamento da doença, que é um sistema de base anatômica que registra a extensão nodal primária e regional do tumor e a ausência ou presença de metástases.

**Tratamento - Conjunto de intervenções em saúde atualmente utilizado no manejo da doença/condição de saúde:**

A principal intervenção curativa para RCC descrita em diretrizes terapêuticas nacionais e internacionais é a cirurgia, que é útil apenas nos casos de tumor localizado e limitado ao rim ao diagnóstico, porém, a nefrectomia não é curativa para os tumores metastáticos e seu uso tem sido questionado nos dias atuais, em estudos FASE III randomizados, como CARMENA Trial. As terapias-alvo têm se tornado uma opção significativa para o tratamento do RCC, pois não respondem bem à quimio ou radioterapias, e ainda representam um dos mais agressivos tumores do trato urinário. Nos últimos anos, identificou-se que, em RCC, há uma alta expressão de fatores de transcrição induzidos por hipóxia (HIF) que estimulam múltiplos fatores de crescimento, dentre eles o fator estimulador de crescimento endotelial

vascular (VEGF), o fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) e da via de sinalização da proteína mTOR. Diante da importância do VEGF na angiogênese tumoral, vários agentes foram desenvolvidos para inibir ou bloquear sua atividade e estão sendo utilizados como primeira, segunda e posteriores linhas de tratamento.

O Cabozantinibe é uma nova terapia-alvo com capacidade única de inibição de 3 receptores tirosinoquinases que são chaves para o desenvolvimento do câncer renal: VEGF(1,2,3), AXL e MET. Devido à sua ação simultânea nessas 3 vias celulares importantes, o cabozantinibe consegue sobrepujar a resistência à inibição do VEGFR com boa resposta terapêutica, mesmo em pacientes com doença mais avançada e pior prognóstico. O cabozantinibe é indicado para o tratamento de pacientes adultos que tenham apresentado falha terapêutica com outros medicamentos sistêmicos inibidores de tirosinoquinase ou VEGFR. Os algoritmos mais recentes sugeridos pela European Association of Urology (EAU) e pela European Society for Medical Oncology (ESMO) para o tratamento sistêmico do RCC avançado, recomendam a indicação terapêutica do cabozantinibe como segunda ou posteriores linhas de tratamento.

#### **Prognóstico da doença/condição de saúde:**

O prognóstico da doença está claramente associado ao estadiamento clínico. Doença com extensão extra renal, invasão ganglionar ou metástase (com frequência envolvendo linfonodos, pulmões, glândulas adrenais, fígado, ossos, cérebro) estão associadas a baixas taxas de sobrevida em 5 anos, ou seja apenas 15 a 25%.

#### **Qual a incidência da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**

4,4/100.000 hab (globocan 2018)

#### **Qual a prevalência da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**

3,3/100.000 hab (globocan 2018)

#### **Qual a taxa de mortalidade da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**

1,8/100.000 hab (globocan 2018)

### **População-alvo**

Delimitar a população-alvo para a tecnologia em saúde em proposição.

#### **A população-alvo para a utilização da tecnologia em proposição é composta por um grupo específico da população de pacientes com a doença/condição de saúde?**

Sim, a população alvo é formada por um grupo específico de pacientes com a doença/condição de saúde.

#### **Defina a população-alvo para utilização da tecnologia em saúde:**

Carcinoma de células renais avançado ou metastático (2ª Linha e posteriores).

#### **A população-alvo representa que percentual da população com a doença/condição de saúde?**

Cerca de 30% são localmente invasivos, sendo submetidos à nefrectomia 60% destes pacientes. Entretanto, 25% dos pacientes com RCC de células claras já apresentam metástases ao diagnóstico necessitando tratamento sistêmico imediato

### **População-alvo - Estimativas anuais**

Considerando a população-alvo e na perspectiva da Saúde Suplementar, fornecer uma estimativa anual quanto ao número de indivíduos que poderá utilizar a tecnologia nos primeiros cinco anos.

#### **1º ano:**

40

#### **2º ano:**

171

#### **3º ano:**

256

#### **4º ano:**

321

#### **5º ano:**

324

### **Referências Bibliográficas**

**Referências bibliográficas completas utilizadas para citação dos dados epidemiológicos da doença/condição de saúde, bem como para delimitação da população-alvo (quando possível, incluir identificador de objeto digital - DOI/link para acesso web):**

1. Powles T, Albiges L, Staehler M, Bensalah K, Dabestani S, Giles RH, et al. Updated European Association of Urology Guidelines: Recommendations for the Treatment of First-line Metastatic Cell Renal Cancer. *European urology*. 2018;73(1):311-5.
2. International Agency for Research on Cancer. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018> última verificação em 05/04/2019].
3. Ministério da Saúde MS. Portaria nº 1.440, de 16 de dezembro de 2014. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Células Renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/ddt\\_Carcinoma-CelRenais\\_2014.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/ddt_Carcinoma-CelRenais_2014.pdf) última verificação em 05/04/2019].
4. Kumar A, Kumari N, Gupta V, Prasad R. Renal Cell Carcinoma: Molecular Aspects. *Indian journal of clinical biochemistry: IJCB*. 2018;33(3):246-54.
5. US FDA. Cabozantinib <https://www.fda.gov/drugs/informationondrugs/approveddrugs/ucm497483.htm> última verificação em 05/04/2019].
6. European Medicines Agency EMA. Cabozantinib <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/cabometyx> última verificação em 05/04/2019].
7. Government of Canada. <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/info.do?lang=en&code=97150> última verificação em 05/04/2019].
8. Resolução RE N. 2802, de 10 de outubro de 2018 [http://www.in.gov.br/materia/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/45171637](http://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/45171637) última verificação em 05/04/2019].
9. Motzer RJ, Jonasch E, Agarwal N, Bhayani S, Bro WP, Chang SS, et al. Kidney Cancer, Version 1.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2018.
10. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Rioux-Leclercq N, Bex A, Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2016;27(suppl 5):v58-v68.
11. Amzal B, Fu S, Meng J, Lister J, Karcher H. Cabozantinib versus everolimus, nivolumab, axitinib, sorafenib and best supportive care: A network meta-analysis of progression-free survival and overall survival in second line treatment of advanced renal cell carcinoma. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184423.
12. Edwards SJ, Wakefield V, Cain P, Karner C, Kew K, Bacelar M, et al. Axitinib, cabozantinib, everolimus, nivolumab, sunitinib and best supportive care in previously treated renal cell carcinoma: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2018;22(6):1-278.
13. Hale P, Hahn AW, Rathi N, Pal SK, Haaland B, Agarwal N. Treatment of metastatic renal cell carcinoma in older patients: A network meta-analysis. *Journal of geriatric oncology*. 2018.
14. Wiecek W, Karcher H. Nivolumab versus Cabozantinib: Comparing Overall Survival in Metastatic Renal Cell Carcinoma. *PLoS One*. 2016;11(6):e0155389.
15. Choueiri TK, Escudier B, Powles T, Mainwaring PN, Rini BI, Donskov F, et al. Cabozantinib versus Everolimus in Advanced Renal-Cell Carcinoma. *The New England journal of medicine*. 2015;373(19):1814-23.
16. Choueiri TK, Escudier B, Powles T, Tannir NM, Mainwaring PN, Rini BI, et al. Cabozantinib versus everolimus in advanced renal cell carcinoma (METEOR): final results from a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2016;17(7):917-27.
17. Escudier B, Powles T, Motzer RJ, Olencki T, Aren Frontera O, Oudard S, et al. Cabozantinib, a New Standard of Care for Patients With Advanced Renal Cell Carcinoma and Bone Metastases? Subgroup Analysis of the METEOR Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2018;36(8):765-72.
18. Motzer RJ, Escudier B, Powles T, Scheffold C, Choueiri TK. Long-term follow-up of overall survival for cabozantinib versus everolimus in advanced renal cell carcinoma. *British journal of cancer*. 2018;118(9):1176-8.
19. Powles T, Motzer RJ, Escudier B, Pal S, Kollmannsberger C, Pikiel J, et al. Outcomes based on prior therapy in the phase 3 METEOR trial of cabozantinib versus everolimus in advanced renal cell carcinoma. *British journal of cancer*. 2018.
20. Procopio G, Prisciandaro M, Iacovelli R, Cortesi E, Fornarini G, Facchini G, et al. Safety and Efficacy of Cabozantinib in Metastatic Renal-Cell Carcinoma: Real-World Data From an Italian Managed Access Program. *Clinical genitourinary cancer*. 2018;16(4):e945-e51.
21. Prisciandaro M, Ratta R, Massari F, Fornarini G, Caponnetto S, Iacovelli R, et al. Safety and Efficacy of Cabozantinib for Metastatic Nonclear Renal Cell Carcinoma: Real-world Data From an Italian Managed Access Program. *American journal of clinical oncology*. 2018.

#### BLOCO IV - TECNOLOGIA EM SAÚDE

##### **Categorização da tecnologia em saúde:**

Inovação tecnológica

##### **Caracterização da tecnologia em relação à(s) existente(s) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente:**

Até o momento não há tecnologia existente no Rol para a indicação proposta

##### **Número de registro do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

CABOZANTINIBE 60 MG 1697700040036 CABOZANTINIBE 40 MG 1697700040028 CABOZANTINIBE 20 MG 1697700040011

##### **Princípio ativo do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Levomolato de cabozantinibe.

##### **Classe terapêutica do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Inibidor da tirosina quinase VEGFR (1,2 e 3), AXL e MET.

**Indicação de uso do medicamento, conforme bula profissional registrada na ANVISA :**

Cabometyx é indicado para o tratamento do carcinoma de células renais (CCR) avançado: no tratamento de primeira linha de adultos com risco intermediário ou alto; em adultos após terapêutica prévia com fator de crescimento endotelial vascular (VEGF).

**Nome comercial do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Cabometyx®

**Nome da empresa detentora do registro, conforme informações de registro na ANVISA:**

BEAUFOUR IPSEN FARMACÊUTICA LTDA.

**Data do registro do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

15/10/2018

**Vencimento do registro do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

15/10/2023

**Apresentação do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Comprimidos revestidos nas concentrações de 20 mg, 40 mg e 60 mg. Embalagem com 30 comprimidos revestidos.

**Forma farmacêutica do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Comprimido revestido.

**Via de administração do medicamento, conforme informações de registro na ANVISA:**

Oral

**Posologia do medicamento, conforme bula profissional registrada na ANVISA:**

A dose recomendada de CABOMETYX® é de 60 mg uma vez por dia.

**A administração do medicamento é permitida apenas em ambiente hospitalar?**

Não

**A administração do medicamento poderá ocorrer em ambiente:**

Hospitalar  
Ambulatorial  
Domiciliar

**Descrever os impactos da tecnologia, em termos de benefícios clínicos, para a morbimortalidade e para qualidade de vida associada a doença/condição de saúde:**

O estudo METEOR comparou a eficácia e segurança do cabozantinibe (60 mg via oral, uma vez ao dia) com everolimo (10 mg via oral, uma vez ao dia) e concluiu que cabozantinibe foi associado uma melhora significativa em todos desfechos clínicos, podendo ser efetivamente utilizado a partir de segunda linha de tratamento para esses pacientes (SLP de 7,4 meses com HR = 0,51; IC 95%: 0,41-0,62; p<0,0001). Dados em longo prazo também demonstraram uma SG para o cabozantinibe de 21,4 meses com HR = 0,70 (IC 95%: 0,58-0,85; p=0,0002) quando comparado com everolimo.

**Descrever os eventos adversos associados a utilização do medicamento, a gravidade destes eventos e a frequência com que ocorrem:**

As reações adversas mais frequentes de qualquer grau (apresentados por pelo menos 25% dos pacientes) incluíram diarreia, hipertensão arterial, fadiga, AST aumentada, ALT aumentada, náuseas, diminuição do apetite, eritrodismetria palmo-plantar, disgeusia, diminuição da contagem de plaquetas, estomatite, anemia, vômitos, diminuição do peso, dispepsia e constipação intestinal. A hipertensão arterial foi observada com menor frequência na população com RCC após terapia prévia direcionada com VEGF (37%). Os eventos adversos de grau 3-4 foram reportados em 71% dos pacientes sendo os mais comuns hipertensão (15%), diarreia (13%), fadiga (11%), eritrodismetria palmo-plantar (8%), anemia (6%), hipomagnesemia (5%).

**Existe a necessidade de outras tecnologias de apoio (diagnóstico ou terapêutico) para execução da tecnologia proposta?**

Não

**Considerando a indicação proposta para a tecnologia, quanto a avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC:**

A tecnologia não foi submetida a avaliação da CONITEC

**A tecnologia em proposição está contemplada em um PCDT do Ministério da Saúde?**

Não

**No âmbito da Saúde Suplementar, a tecnologia em proposição demanda o estabelecimento de uma DUT ou a alteração de uma DUT já existente (caso o procedimento já esteja contemplado no Rol)?**

Sim

**Apresente, de forma clara e objetiva, a proposta de DUT para tecnologia em saúde em proposição:**

Proposta: O Cabometyx deve ser incluído na DUT 64 (TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER).

Localização no DUT: Rim

Indicação: Irressecável ou metastático em segunda linha

**Justifique a proposta de DUT para a tecnologia em saúde em proposição:**

Cabometyx inibe 3 receptores tirosinoquinasas que são chaves para o desenvolvimento do carcinoma renal: VEGF(1,2,3), AXL e MET. Devido à sua ação simultânea nessas 3 vias celulares importantes, o cabozantinibe consegue ultrapassar a resistência à inibição do VEGFR com boa resposta terapêutica, mesmo em pacientes com doença mais avançada e pior prognóstico. Trata-se de uma opção terapêutica com melhor perfil de eficácia comparada com nivolumabe no tratamento de pacientes adultos com carcinoma de células renais avançado, após terapia prévia com VEGF e pode ser considerado uma opção custo-efetiva.

**Anexar bula profissional do medicamento registrada na ANVISA - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

## BLOCO V - TECNOLOGIA ALTERNATIVA (COMPARADOR)

**O Rol de Procedimentos possui uma ou mais tecnologias alternativas a tecnologia em saúde em proposição?**

Sim

**Especificar a(s) tecnologia(s) alternativa(s) existente(s) no Rol de Procedimentos, conforme RN nº 428/2017 e anexos:**

Nivolumabe

**Quais são os ganhos/benefícios esperados da utilização da tecnologia em proposição em comparação com as tecnologias alternativas já existentes no Rol de Procedimentos?**

O Cabometyx® (cabozantinibe) vem como uma nova opção de tratamento oral com um ganho em sobrevida e sobrevida livre de progressão para estes pacientes RCC avançado ou metastático, quando comparado a qualquer tratamento atualmente aprovado para estes pacientes. Existe uma meta-análise em rede que avalia tanto sobrevida global como sobrevida livre de progressão de cabozantinibe comparando a outras opções de tratamento em 2ª linha. O cabozantinibe foi relacionado com melhora significativa da SLP comparado a todas as demais terapias com valores de HR e ICr:

- Cabozantinibe versus axitinibe: HR = 0,47 (ICr 95%: 0,29-0,76).
- Cabozantinibe versus everolimo: HR = 0,51 (ICr 95%: 0,42-0,62).
- Cabozantinibe versus nivolumabe: HR = 0,58 (ICr 95%: 0,45-0,74).
- Cabozantinibe versus sorafenibe: HR = 0,35 (ICr 95%: 0,23-0,52).
- Cabozantinibe versus placebo: HR = 0,15 (ICr 95%: 0,11-0,22).

De acordo uma análise econômica o cabozantinibe é uma opção de tratamento menos custoso (Δ-36,281) e mais eficaz (ΔQALY 0.113) em comparação com o nivolumabe em pacientes com RCC avançado ou metastático que progrediu após tratamento prévio com inibidor de VEGFR.

A qualidade de vida total foi de 1,139 QALYs para o cabozantinibe e de 1,026 QALYs para o comparador Nivolumabe.

## BLOCO VI - EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

**Anexar parecer técnico-científico - PTC/revisão sistemática - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

## Pergunta de Pesquisa

Apresentação da estratégia PICO formulada para busca das evidências científicas incluídas no parecer técnico-científico – PTC/revisão sistemática.

**Definir a População:**

: Pacientes adultos diagnosticados com RCC avançado ou metastático (com ou sem outras comorbidades), independentemente da idade, sexo, etnia, e que tenham feito uso prévio de inibidor VEGFR

**Definir a Intervenção:**

Cabozantinibe (qualquer dose ou regime de tratamento)

**Definir o Comparador:**

Qualquer outro comparador ativo em qualquer dose ou regime de tratamento, ou estudos contra placebo/sem tratamento ou sem comparador (braço único – single arm).

**Definir o Desfecho (Outcome):**

Desfechos relacionados à eficácia do tratamento (por exemplo: taxa de resposta, taxa de controle da doença, sobrevida global, sobrevida livre de progressão ou outros reportados); Desfechos relacionados à segurança e tolerabilidade (por exemplo: reporte de qualquer tipo de evento adverso e descontinuações de tratamento)

**Textos completos**

Anexar somente um documento em cada caixa de seleção. Tamanho máximo do arquivo em cada caixa: 1 mb.

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**BLOCO VII - DADOS ECONÔMICOS**

**Qual tipo de estudo de avaliação econômica em saúde (AES) foi realizado?**

Custo-efetividade

**Anexar estudo de avaliação econômica em saúde (AES) - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

**Anexar análise de impacto orçamentário (AIO) - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

**Planilha - Modelo econômico (OPCIONAL):**

[Download](#)

**BLOCO VIII - CAPACIDADE INSTALADA**

**A administração do medicamento requer recursos físicos ou humanos especializados?**

Não

**Criação :** 25/04/2019 10:05:12

**Atualização :** 25/04/2019 14:55:59

**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:\*  Texto:

Email:\*



**Enviar Email**