

**PORTARIA Nº 265/2017/GBSES.**

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso das atribuições legais que lhe confere o artigo 71, da Constituição Estadual; e

**CONSIDERANDO** as disposições da Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha;

**CONSIDERANDO** as disposições da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;

**CONSIDERANDO** as disposições da Portaria nº 522/SAS/MS, de 13 de maio de 2013, que aprova o protocolo do uso do Palivizumabe a nível nacional;

**CONSIDERANDO** as orientações da Nota Técnica Conjunta nº 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS, que estabelece o fluxo para a dispensação do medicamento Palivizumabe para o tratamento do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Sistema Único de Saúde (SUS);

**CONSIDERANDO** as disposições da Portaria nº 240/2014/GBSES/MT, que aprova a implantação/incorporação do medicamento Palivizumabe no Sistema Único de Saúde - Mato Grosso;

**CONSIDERANDO** as disposições da Resolução CIB/MT nº 012/2015, que dispõe sobre a implantação/incorporação do medicamento Palivizumabe para prevenção da infecção grave pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Ratificar o uso do Palivizumabe para prevenção da infecção grave causada pelo Vírus Sincicial Respiratório – VSR, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

§1º O uso do Palivizumabe será para prevenção da infecção grave causada pelo Vírus Sincicial Respiratório – VSR em crianças menores de 1 ano de idade, que nasceram com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas e crianças com até 2 anos de idade, com doença pulmonar crônica da prematuridade ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

§2º Serão excluídos da utilização as crianças que apresentam hipersensibilidade conhecida ao Palivizumabe ou a qualquer de seus excipientes e pacientes com hipersensibilidade conhecida aos demais anticorpos monoclonais humanizados.

§3º Cada criança que cumpra os critérios estabelecidos no *caput*, dentro do período de sazonalidade, poderá receber até 05 doses, dependendo do mês de início das aplicações.

**Art. 2º** O fluxo estadual para a solicitação, dispensação e aplicação do Palivizumabe seguirá a descrição constante do anexo IV, desta portaria.

§1º A sazonalidade adotada para solicitação no Estado de Mato Grosso compreenderá os meses de março a julho.

§2º A tramitação do processo de solicitação do medicamento deverá ocorrer, preferencialmente, antes do período de sazonalidade, com vistas à garantia do acesso as 05 doses por usuário ou até 15 dias antes do final da sazonalidade, para a garantia da dose do último mês de aplicação (julho).

§3º A solicitação do medicamento Palivizumabe, seja para aplicação intra-hospitalar ou ambulatorial, serão realizadas através dos formulários e documentos constantes dos anexos I, II e III, desta Portaria.

§4º Os processos de solicitação do medicamento Palivizumabe serão analisados com base no Protocolo do Ministério da Saúde (Portaria nº 522/2013/SAS/MS) e Portaria Estadual Vigente.

**Art. 3º** O período de fornecimento e aplicação compreenderá os meses de maior circulação do VSR (março a julho), conforme definido pelo Ministério da Saúde.

§ 1º A aplicação deverá iniciar-se um mês antes da sazonalidade (fevereiro).

§2º A administração do medicamento não será estendida fora do período de sazonalidade.

§3º A indicação da administração de Palivizumabe de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria é de inteira responsabilidade do médico que acompanha a criança.

§4º Toda a documentação médica deverá ser preenchida pelo mesmo profissional prescritor.

§5º Em hipótese alguma o medicamento advindo do Ministério da Saúde, objeto desta Portaria, poderá ser disponibilizado a demandas que não cumprirem os critérios estabelecidos nesta Portaria e na Portaria n. 522/2013/SAS/MS.

§6º A administração do Palivizumabe acontecerá nos Polos de Aplicação, conforme calendário previamente estabelecido e co-elaborado pelos Polo de Aplicação, ERSs e CRIE/MT.

§7º O Registro da Aplicação deverá ser realizado na caderneta da criança, no prontuário hospitalar ou ambulatorial, na Planilha de Controle (Anexo VI) e no Sistema HORUS.

**Art. 4º** São Polos de Aplicação:

**I - Intra-hospitalar:** Hospital Regional de Sorriso; Hospital São Luís de Cáceres; Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis.

**II - Ambulatorial:** Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais de Mato Grosso/CRIE/MT – sediado em Cuiabá; Hospital Regional Dr. Antonio Fontes – sediado em Cáceres; Pronto Atendimento Pediátrico, extensão do Hospital Municipal Dr. Antonio dos Santos Muniz – sediado em Rondonópolis; Hospital Regional de Sorriso – sediado em Sorriso.

§1º Excepcionalmente, na sazonalidade 2018, o CRIE/MT será responsável pela aplicação intra-hospitalar nos Serviços da Região metropolitana que possuem UTI Neonatal.

§2º A partir da sazonalidade 2019, cada Serviço Hospitalar da Região Metropolitana que possua UTI Neonatal, será responsável pela aplicação do medicamento, conforme competências definidas no anexo IV, Item 2, desta Portaria.

§3º O CRIE/MT realizará, em caráter provisório, a aplicação ambulatorial no Pronto Atendimento Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, que conta com suporte de urgência e emergência e leitos de retaguarda.

**Art. 5º** Para a implantação de novos Polos de Aplicação, a Unidade deverá manifestar-se formalmente, junto a Secretaria de Estado de Saúde/Superintendência de Atenção à Saúde, desde que cumpridos os requisitos mínimos estabelecidos na Portaria nº 522/2014/SAS/MS e Nota Técnica Conjunta nº 001/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS.

**Parágrafo único.** As competências dos Polos de Aplicação, encontram-se descritas no Anexo V, desta Portaria.

**Art. 6º** - O CRIE/MT é a unidade de referência estadual responsável pela coordenação técnica do processo de análise, emissão de parecer, qualificação e assessoria aos Polos de Aplicação.

**Parágrafo único.** O CRIE/MT realizará a aplicação Ambulatorial às crianças residentes em municípios/regiões de saúde que não possuírem a infra-estrutura mínima para a implantação de Polos de Aplicação, conforme definido no Artigo 5º, Parágrafo 2º, I.

**Art. 7º** A distribuição, dispensação e monitoramento do medicamento Palivizumabe, no Estado de Mato Grosso, será gerenciado pelo Sistema HORUS.

**Art. 8º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, expressamente as Portarias n. 240/2014/GBSES e n. 006/2016/GBSES.

Cuiabá/MT, 18 de Dezembro de 2017.

(original assinado)

**LUIZ SOARES**

*Secretário de Estado de Saúde*

**ANEXO I – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE PARA A PREVENÇÃO DA INFECCÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	Nome do Estabelecimento:		
	CNES:		
	Telefone para contato:		
	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE ACOMPANHA A CRIANÇA		
	Nome da Instituição que acompanha a criança:		
	Telefone para contato:		
	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
	Nome do Paciente:		
	Endereço:		
	CEP:	Município:	UF:
	CNS:	Data de nascimento:	Sexo: F( ) M( )
	Nome da mãe:	Telefone: DDD ( )	Celular: DDD ( )
	Idade Gestacional por ocasião do nascimento: DUM: _____	USG: _____	New
	Ballard: _____	Gestação: ( ) única ( ) múltipla	
	Peso de nascimento: _____ gramas	Estatura de nascimento: _____ cm	
Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps			
Apgar 1': _____	Apgar 5': _____	Criança internada: ( ) Sim ( ) Não	
Data da alta: ____/____/____			
Peso atual: _____ gramas			

➤ <b>Diagnóstico Médico:</b> _____ CID: _____	
➤ Menor de um 01 ano, que nasceu <b>Prematuro com idade gestacional menor/igual a 28 semanas:</b> ( ) Sim ( ) Não	
➤ Menor de dois anos, portador de <b>Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade:</b> ( ) Sim ( ) Não	
➤ Terapêutica nos últimos seis meses: *Oxigênio: ( ) Sim ( ) Não *Bronco dilatador: ( ) Sim ( ) Não *Diurético: ( ) Sim ( ) Não *Corticoide inalatório: ( ) Sim ( ) Não	
➤ Menor de dois anos com <b>Doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada</b> (em uso de cardiotônico e/ou diurético): ( ) Sim ( ) Não	
➤ Recebeu alguma dose de Palivizumabe intra-hospitalar? ( ) Não ( ) Sim Número de doses: _____ Data da última dose ____/____/____	
<b>DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE:</b>	
<b>Nome do profissional solicitante:</b> _____	
CRM: _____	CPF: _____ Email: _____
Telefone: DDD( ) _____	Celular: DDD( ) _____
<b>Data:</b> _____	
<b>Assinatura e carimbo do médico solicitante:</b> _____	
<b>AUTORIZAÇÃO – A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO AUTORIZADOR DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA</b>	
( ) Autorizo a liberação do Palivizumabe para aplicação de ____ doses na Unidade Responsável: _____ (respeitando-se obrigatoriamente o período de sazonalidade que compreende os meses de Abril a Julho, observando-se que a primeira dose deve, preferencialmente, ser administrada um mês antes);	
( ) Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria SAS/MS 522 de 13/05/2013 e Portaria 073/2014/GBSES);	
( ) Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.	
<b>Data:</b> _____	_____ <b>Assinatura e carimbo do médico autorizador</b>
<b>ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS SEGUINTE DOCUMENTOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da <b>certidão de nascimento, do Cartão SUS e do comprovante de residência.</b></li> <li>• <b>Pacientes prematuros:</b> anexar cópia do <b>RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR</b> (se internada, relatório médico com justificativa da solicitação).</li> <li>• <b>Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada:</b> anexar <b>CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO</b> com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados, xerox do laudo do ecocardiograma do último ano.</li> <li>• <b>Termo de Consentimento Informado</b>, preenchido e assinado em 02 vias – a original, anexar a documentação e a cópia entregar ao responsável legal.</li> </ul>	

## ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE

Eu, \_\_\_\_\_ [nome do responsável pelo usuário(a) abaixo identificado(a) e firmado(a)], **declaro ter sido informado(a)** claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do **PALIVIZUMABE**.

Os **termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas** pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o **PALIVIZUMABE está indicado para prevenção de infecções causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório, no período de sazonalidade.**

**Assim, declaro que:**

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

Podem ocorrer os seguintes **efeitos indesejáveis possíveis**: febre, irritabilidade, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

É **contraindicada** em caso de hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. Palivizumabe não é indicado para adultos.

Estou ciente de que **posso suspender o tratamento a qualquer momento**, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

**Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste CONSENTIMENTO INFORMADO.**

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

<p>1) <b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b> (preenchida pelo responsável pelo paciente):</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nome da mãe: _____</p> <p>CPF (responsável): _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Município: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do responsável pelo paciente</p>
<p>1) <b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b> (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento)</p> <p>Nome do médico: _____</p> <p>CPF: _____ CRM: _____</p> <p>Município: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura e carimbo do médico</p>

*O Termo de Consentimento Informado deverá ser preenchido e assinado em 02 vias: a original, anexar a documentação e a cópia entregar ao responsável legal.*

**ANEXO III**  
**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE**  
**SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE**

**Documentos Gerais**

1.  Cópia da Certidão de Nascimento;
2.  Cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
3.  Cópia do Comprovante de Residência;

**Documentos Específicos:**

1. **Pacientes prematuros:**
  - a.  Cópia do RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR;
  - b.  Se criança internada, RELATÓRIO MÉDICO COM JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.
2. **Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada:**
  - a.  Cópia do RELATÓRIO MÉDICO com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados;
  - b.  Cópia do LAUDO DO ECOCARDIOGRAMA do último ano.

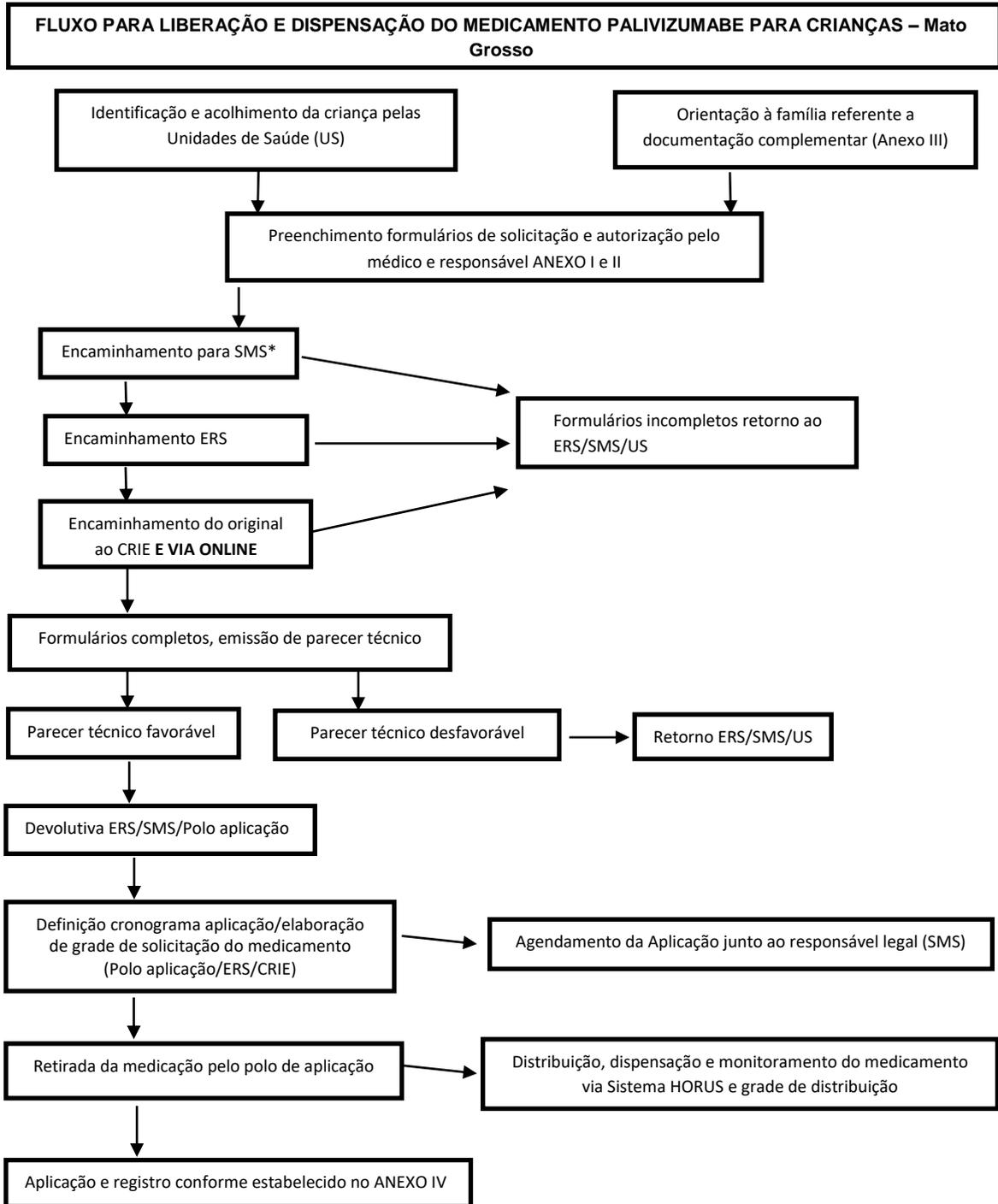
RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: UNIDADE DE SAÚDE
<p>Nome: _____</p> <p>Instituição de Saúde: _____</p> <p>Telefone para Contato: _____</p> <p>Data de entrada do cadastro: _____</p>

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<p>Nome: _____</p> <p>Telefone para Contato: _____</p> <p>Data: _____</p>

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE
<p>Nome: _____</p> <p>Telefone para Contato: _____</p> <p>Data: _____</p>

Visto do CRIE \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO IV



\*os processos referentes as crianças internadas em UTI e não residentes no município da Unidade Solicitante deverão ser enviados diretamente ao Escritório Regional de Saúde da área de abrangência.

## ANEXO V COMPETÊNCIAS DEFINIDAS

### 1. Compete as Unidades de Saúde (básica, secundária/ambulatórios de seguimento do prematuro e UTI):

- 1.1. Realizar a identificação das crianças que cumprem os critérios estabelecidos para recebimento do Palivizumabe;
- 1.2. Orientar o responsável legal sobre indicações, critérios e documentos necessários;
- 1.3. Montar o processo de solicitação (Anexo I, II, III);
- 1.4. Contactar o CRIE nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos em Portaria;
- 1.5. Definir e oficializar ao CRIE o Responsável Técnico da UTI Neonatal por montar/receber, conferir, encaminhar e acompanhar os processos de solicitação;
- 1.6. Encaminhar o processo, devidamente protocolado com data e assinatura legível do Remetente, para a SMS, com toda a documentação necessária (Anexo IV);
- 1.7. Acompanhar o andamento do processo;
- 1.8. Comunicar a família quanto ao parecer final;
- 1.9. Realizar busca ativa.

### 2. Compete aos Polos de Aplicação Intra-Hospitalar e Ambulatorial:

- 2.1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do Palivizumabe;

- 2.2. Orientar/informar o Responsável Legal;
- 2.3. Contactar o CRIE nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos em Portaria, e processo de administração e conservação do medicamento;
- 2.4. Definir e oficializar ao CRIE o Responsável Técnico do Polo de Aplicação Ambulatorial;
- 2.5. Participar das capacitações ofertadas pelo CRIE, Assistência Farmacêutica e Área Técnica Saúde da Criança;
- 2.6. Ser agente multiplicador junto a Equipe Técnica do Polo de Aplicação;
- 2.7. Elaborar, em parceria com o ERS e CRIE, a grade de solicitação do medicamento;
- 2.8. Retirar o medicamento na SAF, mediante cronograma previamente estabelecido em parceria com o ERS e CRIE;
- 2.9. Elaborar cronograma de aplicação, em parceria com o ERS e CRIE, com vistas à otimização de doses;
- 2.10. Cumprir as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS.
- 2.11. Assegurar equipe treinada, materiais/insumos e medicamentos para a aplicação do Palivizumabe e atendimento de possíveis reações adversas;
- 2.12. Reavaliar as condições gerais da criança, confirmar a prescrição, e dosagem (mediante pesagem do dia) no momento da aplicação;
- 2.13. Realizar aplicação, mediante calendário previamente estabelecido de acordo com prescrição médica e parecer técnico do CRIE;
- 2.14. Registrar as informações no Cartão da Criança, Planilha de Aplicação, prontuário os dados do paciente, dose recebida, o lote do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e outras intercorrências;
- 2.15. Registrar e monitorar, regularmente, via sistema HORUS, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote e validade do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
- 2.16. Contactar o ERS de sua abrangência quando da previsão de alta hospitalar, e ainda no período de sazonalidade, para garantia do agendamento das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;
- 2.17. Encaminhar, de imediato Relatório de Alta e Planilha de Controle de aplicação para o ERS de abrangência para que seja anexado ao processo, e garantidas as doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;
- 2.18. Orientar o Responsável Legal, quando da alta hospitalar e se ainda no período de sazonalidade, quanto as doses subsequentes;
- 2.19. Informar ao ERS de abrangência, os casos de crianças faltosas, para que seja realizada a busca ativa;
- 2.20. Enviar as planilhas de Controle de Aplicação (original) ao ERS de abrangência, ao término da sazonalidade, no prazo máximo de 30 dias.

### **3. Compete as Secretarias Municipais de Saúde:**

- 3.1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do medicamento Palivizumabe para as Equipes/Unidades de Saúde;
- 3.2. Definir setor e responsável pelo recebimento, conferência dos documentos necessários para a solicitação do medicamento e realização de busca ativa;
- 3.3. Comunicar ao Responsável quanto a data de agendamento da Aplicação, conforme calendário previamente informado pelo CRIE/ERS;
- 3.4. Disponibilizar, se necessário e conforme avaliação social, traslado e ajuda de custo para o responsável legal e criança advindos do interior para as aplicações do medicamento nos Polos de Aplicação Ambulatorial;
- 3.5. Apoiar os Polos de Aplicação, quando necessário, a retirada/transporte do medicamento na SAF, mediante calendário previamente estabelecido e informado pelo CRIE/ERS observando todos os cuidados para o seu o armazenamento/acondicionamento adequados;
- 3.6. Realizar busca ativa;
- 3.7. Discutir e pactuar, em Colegiado Intergestores Regional, a implantação de Polo de Aplicação na Região de Saúde, com vistas a garantia do acesso mais próximo ao usuário.

### **4. Compete ao CRIE:**

- 4.2. Qualificar a equipe responsável dos Polos de Aplicação - Palivizumabe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente administrativo);
- 4.3. Orientar, quando necessário, os profissionais de saúde sobre o medicamento e critérios estabelecidos;
- 4.4. Receber, analisar e emitir parecer técnico dos processos de solicitação do insumo e informar aos ERS, SMS's e Polos de Aplicação;
- 4.5. Elaborar cronograma de aplicação, junto aos ERS e Polos de Aplicação, com vistas a otimização de doses;
- 4.6. Elaborar grade de distribuição e solicitação/autorização do medicamento em parceria com os ERS e Polos de Aplicação;
- 4.7. Retirar o medicamento na SAF, conforme agendamento pré-estabelecido;
- 4.8. Informar ao ERS/SMS da área de abrangência os casos de crianças faltosas para a realização de busca ativa;
- 4.9. Realizar a aplicação ambulatorial, conforme previsto no Artigo 6º, Parágrafo Único e cronograma estabelecido;
- 4.10. Registrar e monitorar, via HORUS, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote e validade do medicamento para a garantia da rastreabilidade, reações adversas e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
- 4.11. Cumprir as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido na Nota Técnica Conjunta 01/2014 – DAF/SCTIE/MS e DAPES/SAS/MS.
- 4.12. Arquivar o processo para fins de controle, avaliação e auditoria;
- 4.13. Elaborar conjuntamente com SAF e SAS a grade de necessidade anual do medicamento para o Estado;
- 4.14. Monitorar, regularmente, via HORUS, as aplicações dos Polos de Aplicação;
- 4.15. Elaborar Relatório ao final de cada sazonalidade.

### **5. Compete a Superintendência de Vigilância em Saúde/Gerência de Imunização/Central Estadual de Rede de Frio:**

- 5.1. Garantir os materiais e insumos necessários para a aplicação do medicamento/CRIE;
- 5.2. Disponibilizar carro com motorista, ao CRIE/MT, em período integral, durante todo o período de aplicação do medicamento Palivizumabe;

### **6. Compete aos Escritórios Regionais de Saúde (Rede de Frio e Área Técnica Saúde da Criança):**

