



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1187/2020

Vitória, 13 de outubro de 2020.

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da 1ª Vara da Fazenda Pública Estadual de Cariacica – MM. Juiz de Direito Dr. Paulo César de Carvalho – sobre o medicamento: **Ipilimumabe e Nivolumabe**.

## I – RELATÓRIO

1. De acordo com inicial e laudo médico mais atualizado anexado às fls. 15, emitido em receituário não proveniente do SUS na data de 15/09/2020 pelo Dr. Fernando Zamprogno e Silva CRM-ES 6954, o paciente tem diagnóstico de células claras renais, metastático para linfonodos e pulmão. Segundo profissional emissor do laudo o melhor tratamento, apesar de não disponível no SUS, é a combinação de ipilimumabe e nivolumabe. Informa que a não realização implicará em progressão da doença e risco de vida ao paciente e que nessa primeira linha de tratamento ainda há outras duas combinações de imunoterapia, não comparadas entre si, porém de maior custo final. Assim a opinião é para o uso de “Ipi/Nivo”, reservando os inibidores de tirosino kinase para linhas futuras.
2. Consta às fls. 16 prescrição dos medicamentos Ipilimumabe e Nivolumabe, emitida em 15/09/2020 pelo Dr. Fernando Zamprogno e Silva CRM-ES 6954, em receituário de “Oncologia Meridional”.
3. Às fls. 18 consta laudo médico em papel timbrado do serviço de urologia do HUCAM em 10/08/2020, com informações sobre o caso em tela, como realização de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

nefrectomia radical 07/08/2018, anatomopatológico apresentando carcinoma de células claras, Furhman 3, pT3a pNx. Sinais de disseminação angiolinfática da neoplasia. Contraindicado tratamento cirúrgico. Paciente em avaliação conjunta pela oncologia clínica.

4. Constan resultados de exames e laudos e demais documentos médicos, como resumo de alta hospitalar.

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. A Atenção Oncológica do SUS foi instituída através da **Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005** como a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
2. A **Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de Março de 2009, considerando a necessidade de garantir o acesso da população à assistência oncológica, definiu os serviços de atendimento a estes usuários, a saber:
  - 2.1 Unidade de **Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)** é o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.
  - 2.2 Centro de Assistência de **Alta Complexidade em Oncologia (CACON)** é o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

2.3 Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia é o serviço que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.

3. **Os Serviços de Atendimento Oncológico tem como responsabilidade proporcionar Assistência Especializada e integral aos pacientes de câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento, incluindo o planejamento terapêutico integral dos mesmos.**
4. De acordo com o Art. 14 Portaria SAS/MS nº 741/05: “As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão”.
5. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos tem seu custeio financiado através do pagamento dos procedimentos realizados, incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS. O custo dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de quimioterapia para tumores malignos está incluído no valor dos procedimentos contidos na Tabela.
6. A **Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009** estabelece que a Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES define os complexos hospitalares e habilita os estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia.
7. A Portaria nº 600, de 26 de junho de 2012, aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão. Já a **Portaria SAS/MS Nº 52**, de 07 de novembro de 2013 torna pública a decisão de **incorporar o gefitinibe** para o tratamento do **câncer de pulmão de células não pequenas avançado ou metastático com mutação EGFR**, em primeira linha, sem criação de novo



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

procedimento, sem alteração de valor dos procedimentos disponíveis e sem modificação do modelo de financiamento da quimioterapia no Sistema Único de Saúde – SUS.

## **DO PATOLOGIA**

1. O **carcinoma de células renais (CCR)** representa 2-3% de todos os cânceres, sendo a maior incidência nos países ocidentais. A etiologia do tumor renal ainda é desconhecida. Sabe-se que existem casos de associação familiar, que correspondem a 4% dos CCR.
2. Existem alguns fatores de risco associados ao CCR, que são: tabagismo e obesidade (ambos diretamente relacionados ao desenvolvimento desse tumor em mulheres); hipertensão e uso de diuréticos (principalmente os tiazídicos); diálise crônica, causando doença renal cística; uso de estrógenos; radioterapia prévia; exposição a derivados de petróleo, metais pesados ou asbesto.
3. As manifestações clínicas são hematúria (60%), massa abdominal palpável (30%~40%), dor lombar (40%), emagrecimento, sudorese noturna, febre e síndromes paraneoplásicas (5%), como eritrocitose, hipercalcemia, disfunção hepática e amiloidose. A tríade clássica de massa abdominal, hematúria e dor, está presente em apenas 10% dos casos e normalmente em estágios mais avançados com prognóstico reservado. O paciente pode também ser totalmente assintomático, com o diagnóstico feito, incidentalmente, através de exames por imagens.
4. Ao diagnóstico, um terço dos pacientes apresenta metástases a distância. Os locais mais comuns são pulmões (50%), ossos (33%), pele (11%), fígado (8%) e cérebro (3%).

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento cirúrgico parece ser a única forma de cura do **carcinoma de células renais**. Desde as publicações de Robson em 1963, a nefrectomia radical tem sido



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

aceita como o tratamento cirúrgico racional para o cancro do rim. De acordo com os princípios de Robson, a nefrectomia radical inclui: Laqueação dos vasos renais, seguido da remoção em bloco do rim juntamente a fâscia de Gerota, glândula suprarrenal e ureter proximal (APUROLOGIA). A nefrectomia do tumor primário é curativa apenas se a cirurgia conseguir remover todos os depósitos de tumor. Para a maioria dos pacientes com CCR metastático (mCCR), a nefrectomia é apenas paliativa.

2. Em pacientes selecionados com lesões cerebrais ou ósseas não ressecáveis, a radioterapia pode levar a alívio significativo dos sintomas. A quimioterapia é considerada ineficaz em pacientes com CCR.
3. Recentes avanços em biologia molecular contribuíram para o desenvolvimento de várias drogas para o tratamento do CCR metastático. No carcinoma renal de células claras esporádico e VHL (von Hipel Lindau), o acúmulo do fator indutor de hipoxia (HIF), devido a um defeito da proteína VHL, resulta numa superexpressão do fator de crescimento endotelial (VEGF) e do fator de crescimento derivado das plaquetas (PDGF), promovendo neoangiogênese. Este processo contribui substancialmente para o desenvolvimento e progressão do CCR. Até o presente momento, quatro drogas para terapia-alvo foram aprovadas nos Estados Unidos e na Europa, para o tratamento do CCR metastático, e outras drogas também tem mostrado significativa eficácia em ensaios randomizados.
4. Os dados disponíveis demonstram que a imunoterapia com IFN- $\alpha$  é benéfica apenas em um subgrupo limitado de pacientes. Apenas os pacientes com CCR de células claras beneficiam-se clinicamente da imunoterapia. Os avanços recentes em biologia molecular levaram ao desenvolvimento de novos agentes para o tratamento do mCCR. Atualmente, drogas-alvo foram aprovadas tanto nos Estados Unidos como na Europa para mCCR, enquanto outros agentes mostraram eficácia significativa em estudos clínicos controlados e randomizados. Entre estas drogas estão os inibidores de tirosina quinase (TKI's) como Sorafenibe, Sunitinibe e Pazopanibe; os Anticorpos VEGF como bevacizumabe e Inibidores de mTOR como Temsirolimus e Everolimus. Existem



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

apenas dados gerais limitados de sobrevida para estes novos agentes e seu papel ainda está em desenvolvimento. Atualmente, não existem dados sobre o efeito curativo destes agentes.

5. Recomendações para tratamento sistêmico de primeira e segunda linha no CCR metastático:

- 1ª linha CCR metastático de risco baixo ou intermediário: Agente recomendado – Sunitinib, Bevacizumab IFN- $\alpha$ , Pazopanibe.
- 1ª linha CCR metastático de alto risco: Agente recomendado – Temsirolimus.
- 2ª linha terapia prévia com citocinas: Agente recomendado – Sorafenibe, Pazopanibe.
- 2ª linha terapia prévia com VEGFR, terapia prévia inibidores mTOR: Agente recomendado – everolimus, ensaios clínicos.

## DO PLEITO

1. **Ipilimumabe (Yervoy®)**: contém a substância ativa ipilimumabe, uma proteína que estimula o sistema imunológico a atacar e destruir células cancerosas. É indicado para o tratamento de melanoma metastático ou inoperável. E em combinação com nivolumabe é indicado para o tratamento em primeira linha de pacientes adultos com carcinoma de células renais avançado ou metastático que possuem risco intermediário ou alto (desfavorável).

1.2 Este medicamento possui registro na ANVISA, concedido a empresa BRISTOL-MYERS SQUIBB FARMACÊUTICA LTDA.

2. **Nivolumabe (Opdivo®)**: se trata de um anticorpo monoclonal humano bloqueador do receptor de morte programada (PD-1) com a indicação para o tratamento de melanoma metastático ou irresssecável e progressão da doença, a forma mais letal de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

câncer de pele, após uso de ipilimumabe e, recentemente, em março de 2015, a agência reguladora de saúde nos EUA, *Food and Drug Administration (FDA)* aprovou também o seu uso para o tratamento de câncer pulmonar não pequenas células de origem histológica escamosa. É produzido pela empresa farmacêutica Bristol-Myers Squibb.

3. A bula disponível na Agência Europeia de Medicamentos (EMA) traz as seguintes informações:

- O Nivolumabe liga-se a uma proteína alvo designada receptor de morte programada 1 (que pode bloquear a atividade das células T (um tipo de glóbulos brancos que faz parte do sistema imunitário, as defesas naturais do organismo). Pela fixação ao PD-1, o nivolumab bloqueia a sua ação e previne o bloqueio das células T. Isto ajuda no aumento da sua atividade contra as células do melanoma.
- No tópico 4.4 “Advertência e precauções especiais de utilização: Populações especiais”, consta: Os doentes com estado funcional inicial  $\geq 2$ , **metástases cerebrais ativas**, melanoma ocular, doença autoimune, e doentes que tenham recebido imunossuppressores sistêmicos antes de entrarem no estudo foram excluídos dos ensaios clínicos principais. Adicionalmente, o estudo CA209037 excluiu doentes que tiveram reações adversas de grau 4 relacionadas com a terapêutica anti-CTLA-4 (ver secção 5.1). Na ausência de dados, o nivolumab deve ser utilizado com precaução nestas populações depois de uma cuidadosa consideração do risco-benefício potencial numa base individual.
- No tópico 5.1: Propriedades farmacológicas: “Eficácia e segurança clínicas” - *Estudo de fase 3 aleatorizado vs. dacarbazina (CA209066)* A segurança e eficácia de 3 mg/kg de nivolumab para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) foram avaliadas num estudo de fase 3 aleatorizado, em dupla ocultação (estudo CA209066). O estudo incluiu doentes adultos (com 18 anos ou mais), sem tratamento prévio, com melanoma confirmado no estágio III ou IV sem mutação BRAF, e um estado funcional



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de 0 ou 1. Os doentes com doença autoimune ativa, melanoma ocular, ou **metástases no cérebro** ou leptomeníngias ativas, foram excluídos do estudo.

4. De acordo com bula disponível no site da ANVISA, OPDIVO (nivolumabe) é indicado:

- Em monoterapia ou em combinação com ipilimumabe para o tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático),
- No tratamento de câncer de pulmão de células não pequenas (NSCLC) localmente avançado ou metastático com progressão após quimioterapia à base de platina. Pacientes com mutação EGFR ou ALK devem ter progredido após tratamento com anti-EGFR e anti-ALK antes de receber OPDIVO.
- No tratamento de carcinoma de células renais avançado após terapia antiangiogênica prévia.
- Tratamento de linfoma de Hodgkin clássico em recidiva (que tenha retornado) ou refratário (que não respondeu) após terapias anteriores, incluindo transplante autólogo de células tronco (um transplante de suas próprias células produtoras de sangue) em adultos.
- Tratamento de pacientes com carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço recorrente ou metastático, com progressão da doença durante ou após terapia à base de platina

5. Nivolumabe (Opdivo®) foi registrado na ANVISA em 04/04/16.

### III – DISCUSSÃO

1. Primeiramente, cabe esclarecer que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os hospitais credenciados no SUS e habilitados em





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Oncologia, denominados de UNACON's e CACON's, conforme Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005, é que são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, **padronizam, adquirem e fornecem**, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

2. Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.
3. Todo o custeio das despesas relacionadas ao tratamento é financiado através do pagamento dos procedimentos incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS, estando o custo com o fornecimento de medicamentos oncológicos, incluído no valor dos referidos procedimentos.
4. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não referem medicamentos, mas, sim, indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descritos e independentes de esquema terapêutico utilizado, cabendo reforçar ainda que a responsabilidade pela padronização dos medicamentos é dos estabelecimentos habilitados em Oncologia e a prescrição, prerrogativa do médico assistente do paciente, conforme conduta adotada naquela instituição, cabendo ao CACON/UNACON a gestão dos seus recursos no sentido de disponibilizar o tratamento necessário ao paciente.
5. Portanto, os CACON'S, são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer, sendo responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos, e inclusive, pelo fornecimento de todos os medicamentos necessários aos pacientes portadores de câncer. Para tanto, há a necessidade de inserção do paciente em unidade de atendimento do SUS, pertencente à Rede de Atenção Oncológica, para haver acesso ao tratamento oncológico.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

6. No presente caso, **apesar de constar documentos provenientes de hospital cadastrado em oncologia no SUS como CACON/ UNACON, o tratamento ora pleiteado contendo os medicamentos Ipilimumabe e Nivolumabe apresentam-se em documentos originados da rede privada de saúde.**
7. Em relação as evidências sobre o tratamento do câncer de células renais, informamos que, de acordo com estudos de metanálise, a melhor estratégia para o tratamento da doença metastática até o presente é a associação de nefrectomia seguida de imunoterapia com interferon.
8. Ou seja, tumores localizados no rim são tratados com cirurgia, que é considerada curativa. Uma vez metastáticos, estes tumores são incuráveis e tratados com drogas-alvo e imunoterapias. As chamadas drogas-alvo são em geral comprimidos e atuam bloqueando o fator decrescimento de epitélio vascular (VEGF – vascular epithelial growth factor), importante fator de crescimento para este tipo de tumor. No Brasil, são aprovados para o tratamento de primeira linha (sunitinibe ou pazopanibe) ou de segunda linha, após falha de anti-angiogênico prévio (lenvatinibe ou axitinibe). As imunoterapias são medicamentos endovenosos que permitem que os linfócitos (glóbulos brancos) do paciente identifiquem e ataquem os tumores. São ativos no tratamento de câncer de rim e, no Brasil, são aprovados na primeira linha (nivolumabe-ipilimumabe ou pembrolizumabe-axitinibe) ou na segunda linha, após falha de drogas-alvo antiangiogênicas (nivolumabe).
9. Em um estudo de variação de dose de fase II envolvendo pacientes com CCR metastático, o inibidor de PD-1 nivolumab foi encontrado para produzir respostas objetivas em 20-22% dos pacientes com um sistema operacional variando entre 18,2 e 25,5 meses. No estudo de fase III CheckMate 025, 821 pacientes com CCR que receberam terapia antiangiogênica prévia foram randomizados para receber nivolumab 3 mg/kg a cada 2 semanas ou everolimus 10 mg por dia. Cinquenta por cento dos pacientes tiveram um prognóstico intermediário e 15% um prognóstico ruim com base na avaliação de risco do Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Neste



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

estudo, a taxa de resposta objetiva (ORR) foi maior com nivolumab (25% vs. 5%) e a OS foi de 25,0 vs 19,6 meses a favor do nivolumab. Eventos adversos relacionados ao tratamento de grau 3 ou 4 foram menores no grupo nivolumab. Os resultados deste estudo levaram à aprovação do FDA em 2015.

10. O nivolumabe, um anticorpo IgG4 anti-PD-1 totalmente humano, bloqueia seletivamente a interação entre PD-1 e seus ligantes PD-L1 e PD-L2 e fornece uma nova opção de terapia para pacientes com aRCC. Em 2015, o principal estudo de fase III CheckMate 025 levou à aprovação do nivolumab pela Food and Drug Administration em pacientes com RCC que haviam recebido terapia antiangiogênica prévia, e em 2017, o estudo de fase III CheckMate 214 mostrou que a imunoterapia combinada com nivolumab mais ipilimumab resultou em maior taxa de resposta objetiva e sobrevida livre de progressão prolongada quando comparado com o sunitinibe em pacientes de risco intermediário e de baixo risco com aFCR não previamente tratados. Os primeiros estudos do nivolumab em associação com terapia anti-angiogênica geraram entusiasmo e vários estudos de combinação estão em andamento.
11. Todavia, é importante ressaltar que os estudos sobre a eficácia e segurança desse medicamento ainda são escassos, sendo necessária a realização de estudos clínicos com bom delineamento metodológico (ensaio clínico controlado, randomizado, não comparado com placebo, com amostra grande e de longa duração) a fim de se confirmar a real eficácia do tratamento proposto a longo prazo, bem como a fim de avaliar a segurança do medicamento.

#### IV – CONCLUSÃO

1. Frente ao exposto e diante do quadro clínico atual do paciente, entende-se que o tratamento com os medicamentos pleiteados podem se constituir em uma opção terapêutica paliativa, ou seja, que pode promover um aumento de sobrevida livre de



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- progressão, porém não a cura da doença, sendo a responsabilidade pela utilização para cada caso específico de exclusiva responsabilidade do médico prescritor.
2. No entanto, pelas informações presentes nos autos, **apesar de constar documentos proveniente de hospital cadastrado em oncologia no SUS como CACON/ UNACON, a prescrição do tratamento ora pleiteado contendo os medicamentos Ipilimumabe e Nivolumabe apresentam-se em documentos originados da rede privada de saúde, dessa forma informamos que, para o paciente receber todo e qualquer tratamento pelo SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005, engloba os aspectos de “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, é necessário que o mesmo esteja inserido em um CACON/UNACON”, cabendo ao corpo clínico da referida instituição a definição do tratamento necessário.**
  3. **Considerando que os documentos médicos juntados aos autos que prescrevem os medicamentos pleiteados não são provenientes de hospital cadastrado em oncologia no SUS como CACON/ UNACON, entende-se que para receber o tratamento necessário (como por exemplo, medicamentos antineoplásicos) através do SUS, é imprescindível que, além de ser cadastrado em uma unidade credenciada como CACON/UNACON, que a prescrição do tratamento/medicamentos seja originada do corpo clínico da referida unidade.**

Att,



REFERÊNCIAS



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Journal of Kidney Cancer and VHL. **Nivolumab in Renal Cell Carcinoma: Current Trends and Future Perspectives.** Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806048/>. Acesso em 13 outubro 2020.

EMA. Bula do medicamento Opdivo. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2017/20170918138734/anx\\_138734\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2017/20170918138734/anx_138734_pt.pdf). Acesso em 13 outubro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Bula do medicamento Opdivo. Disponível em: [https://www.bms.com/assets/bms/brazil/documents/Opdivo\\_SOL\\_INJ\\_VP\\_Rev1217c\\_final.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/brazil/documents/Opdivo_SOL_INJ_VP_Rev1217c_final.pdf). Acesso em 13 outubro 2020.

BRISTOL-MEYERS. Matéria acerca do medicamento Nivolumab. Disponível em: [http://www.bristol.com.br/Libraries/PDF/Bristol-Myers\\_Squibb\\_recebe\\_primeira\\_aprova%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_medicamento\\_nivolumabe\\_nos\\_EUA.sflb.ashx](http://www.bristol.com.br/Libraries/PDF/Bristol-Myers_Squibb_recebe_primeira_aprova%C3%A7%C3%A3o_do_medicamento_nivolumabe_nos_EUA.sflb.ashx). Acesso em 13 outubro 2020.

BRISTOL-MEYERS. Bula do medicamento Ipiliumabe. Disponível em: [https://www.bms.com/assets/bms/brazil/documents/YERVOY\\_SOL%20INJ\\_VPS\\_Rev1018.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/brazil/documents/YERVOY_SOL%20INJ_VPS_Rev1018.pdf). Acesso em 13 outubro 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.440, de 16 de dezembro de 2014. **Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Células Renais.** Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/ddt\\_Carcinoma-CelRenais\\_2014.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/ddt_Carcinoma-CelRenais_2014.pdf). Acesso em 13 outubro 2020.

CNJ. Nota técnica 4022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados-pdf.php?output=pdf&token=nt:4022:1593210370:e817bc411fb76dc50d31b2a825ebb3c6f1e067b6da53>



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

[9cbfeb28697d62674276](#)>. Acesso em 13 outubro 2020.