



**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 0339/2021**

Rio de Janeiro, 03 de março de 2022.

Processo nº. 0137226-10.2021.8.19.0001  
ajuizado por   
representado por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **3ª Vara da Fazenda Pública** da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro quanto à **internação domiciliar (*home care*)** e ao tratamento com **oxigenoterapia domiciliar**.

**I – RELATÓRIO**

1. Para a elaboração do presente parecer técnico foram considerados os documentos médicos anexados às folhas 53, 56-57, 73 e 193.

2. De acordo com os documentos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (fls. 53, 56-57, 73 e 193), emitidos em 14 janeiro, 14 de maio, 16 de junho e 04 de agosto de 2021, pelos médicos

o Autor, de 15 anos de idade, com diagnóstico de **esclerose sistêmica**, com comprometimento esofágico e pulmonar grave (**fibrose pulmonar**), **dispneia**, alterações características de pele e subcutâneo associado a **fenômeno de Raynaud**, com piora evolutiva da doença. Foi realizado, em 13 de maio de 2021, o exame de radiografia de coluna que evidenciou: osteopenia difusa, deformação dos corpos vertebrais de D6, D8, D11 e em platô superior das vertebrae lombares. Encontra-se internado na referida instituição desde 14 de junho de 2021, com por acometimento pulmonar grave, caracterizado por extensas áreas de faveolamento, cursando com **hipoxemia em repouso**. Fazendo **oxigenoterapia contínua** (24h/dia), ofertado sob cateter nasal. Portanto, necessita e tem indicação de **oxigenoterapia domiciliar**, sendo tal insumo imprescindível à manutenção de sua vida. Para que tal terapia seja ofertada de forma adequada há necessidade de fornecimento de concentrador de oxigênio, bala de oxigênio para backup (em caso de falta de energia elétrica temporária) e cilindro de oxigênio portátil (para comparecimento às consultas ambulatoriais). Foi informado, à época da emissão dos referidos documentos médicos, que não havia previsão de alta hospitalar, para o Requerente, devido à falta de tal recurso para seguimento de seu tratamento a nível domiciliar.

3. Foi citada a **Classificação Internacional de Doenças (CID 10): M34.2 – Esclerose sistêmica induzida por droga e substâncias químicas**.

**II – ANÁLISE**

**DA LEGISLAÇÃO**

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)



visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

3. A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim resolve:

*Art. 535º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.*

*Art. 536º. A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades:*

*I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);*

*II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e*

*III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).*

*§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.*

*§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.*

*Art. 544 Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:*

*I - necessidade de monitorização contínua;*

*II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;*

*III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em seqüência, com urgência;*

*IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou*

*V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.*

## **DO QUADRO CLÍNICO**

1. A **esclerose sistêmica (ES)** é uma doença difusa do tecido conjuntivo (DDTC) caracterizada por graus variáveis de fibrose cutânea e visceral, presença de auto anticorpos no soro dos pacientes e vasculopatia de pequenos vasos. O dano cutâneo é caracterizado por



espessamento, endurecimento e aderência aos planos profundos da pele<sup>1</sup>. Dentre os órgãos internos acometidos na esclerose sistêmica, o pulmão é atualmente a principal causa de óbito. O envolvimento pulmonar na ES pode manifestar-se como fibrose pulmonar, hipertensão pulmonar, doença pleural, pneumonia aspirativa e neoplasia<sup>2</sup>.

2. A **hipoxemia** é usualmente definida como um declínio significativo na PaO<sub>2</sub> (pressão arterial de oxigênio), abaixo de 65 mmHg aproximadamente, associado a um rápido declínio na curva de dissociação de hemoglobina, neste ponto<sup>3</sup>.

3. **Dispneia** é o termo usado para designar a sensação de dificuldade respiratória, experimentada por pacientes acometidos por diversas moléstias, e indivíduos saudáveis, em condições de exercício extremo. Ela é um sintoma muito comum na prática médica, sendo particularmente referida por indivíduos com moléstias dos aparelhos respiratório e cardiovascular<sup>4</sup>.

4. A **fibrose pulmonar** é a mais comum entre todas as doenças intersticiais crônicas que acometem o pulmão. Sua história natural compreende uma evolução **progressiva** do processo fibrótico com eventuais respostas terapêuticas<sup>5</sup>. A **fibrose pulmonar** é a mais comum entre todas as doenças intersticiais crônicas que acometem o pulmão. Sua história natural compreende uma evolução **progressiva** do processo fibrótico com eventuais respostas terapêuticas<sup>6</sup>.

5. O fenômeno de **Raynaud** caracteriza-se por episódios reversíveis de vasoespasmos de extremidades, associados a palidez, seguido por cianose e rubor de mãos e pés, que ocorrem usualmente após estresse ou exposição ao frio. O fenômeno de Raynaud primário é um evento funcional benigno e não está associado a nenhuma doença ou condição subjacente. Já o fenômeno de Raynaud secundário pode estar associado a uma série de condições, principalmente a doenças reumáticas autoimunes. Na esclerose sistêmica (ES), o FRy é a manifestação inicial mais frequente. No fenômeno de Raynaud secundário às doenças do espectro da esclerose sistêmica, complicações como lesões isquêmicas de extremidades são frequentes<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 99, 07 fevereiro 2013 - aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose sistêmica. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/PT-SAS-N---99-esclerose-sist--mica-08-02-2013-RETIFICADA.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>2</sup> Hipertensão pulmonar e esclerose sistêmica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v.31, suppl.2, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132005000800006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000800006)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>3</sup> GROSSI, S. A. A.; SANTOS, B. M. O. Prevenção da hipoxemia durante a aspiração endotraqueal. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 87-102, jul. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a07>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>4</sup> MARTINEZ, J. A. B.; FILHO A. I. P. J. T. Dispneia. *Medicina*, Ribeirão Preto, Simpósio: Semiologia 37: 199-207, jul./dez. 2004. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4872006/mod\\_resource/content/1/DISPNEIA.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4872006/mod_resource/content/1/DISPNEIA.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>5</sup> RUBIN, A. S. et al. Fatores prognósticos em fibrose pulmonar idiopática. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 26, n. 5, set./out. 2000. Disponível em:

<[http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WauheK2C9qQC&oi=fnd&pg=PA227&dq=fibrose+pulmonar&ots=HyGgGiNxWe&sig=H5SsxpAmOsmnI0PxkgevWZEi\\_M#v=onepage&q=fibrose%20pulmonar&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WauheK2C9qQC&oi=fnd&pg=PA227&dq=fibrose+pulmonar&ots=HyGgGiNxWe&sig=H5SsxpAmOsmnI0PxkgevWZEi_M#v=onepage&q=fibrose%20pulmonar&f=false)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>6</sup> RUBIN, A. S. et al. Fatores prognósticos em fibrose pulmonar idiopática. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 26, n. 5, set./out. 2000. Disponível em:

<[http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WauheK2C9qQC&oi=fnd&pg=PA227&dq=fibrose+pulmonar&ots=HyGgGiNxWe&sig=H5SsxpAmOsmnI0PxkgevWZEi\\_M#v=onepage&q=fibrose%20pulmonar&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WauheK2C9qQC&oi=fnd&pg=PA227&dq=fibrose+pulmonar&ots=HyGgGiNxWe&sig=H5SsxpAmOsmnI0PxkgevWZEi_M#v=onepage&q=fibrose%20pulmonar&f=false)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>7</sup> Kayser, Cristiane, Corrêa, Marcelo José Uchôa e Andrade, Luís Eduardo Coelho Fenômeno de Raynaud. *Revista Brasileira de Reumatologia* [online]. 2009, v. 49, n. 1, pp. 48-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0482-50042009000100006>>. Epub 03 Mar 2009. ISSN 1809-4570. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042009000100006>. Acessado: 03 mar. 2022.



## DO PLEITO

1. O termo *home care* é utilizado para se referir ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde. Outros termos também podem ser utilizados, como: visita domiciliar programada, internação domiciliar, assistência domiciliar ou atenção domiciliar. O que diferencia os referidos termos é a complexidade do cuidado prestado, a utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente<sup>8,9</sup>.

2. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a **Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)** tem o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas; aumentar a sobrevida dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementar a qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhorar os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica<sup>10</sup>.

3. Existem quatro sistemas ou fontes de oxigênio para fornecimento domiciliar: concentradores de oxigênio, oxigênio gasoso comprimido em cilindros, oxigênio líquido e oxigênio gasoso portátil. Os três últimos permitem a locomoção do usuário, porém apresentam custo elevado para manutenção<sup>5,11</sup>.

4. As fontes de oxigênio podem ter uso associado segundo o estilo de vida do usuário. Assim, tem-se:

- Concentrador de oxigênio e cilindro de gás sob pressão: destinam-se a usuários limitados ao leito ou ao domicílio;
- Concentrador de oxigênio com cilindro de alumínio contendo O<sub>2</sub> gasoso portátil e cilindro de, no mínimo, 4m<sup>3</sup> de gás sob pressão: destinam-se a usuários parcialmente limitados ao domicílio e saídas ocasionais;
- Oxigênio líquido em reservatório matriz e mochila portátil: destinam-se a pacientes com mobilidade conservada e/ou vida social ativa<sup>5</sup>.

5. Para que o usuário possa utilizar as fontes de oxigênio mencionadas, é necessária a escolha de uma das seguintes formas de administração: sistemas de baixo fluxo ou fluxo variável (cânula ou *prong* nasal, cateter orofaríngeo ou traqueal e máscara facial simples); e sistemas de administração de alto fluxo ou fluxo fixo (máscara de Venturi)<sup>5</sup>.

<sup>8</sup> KERBER, N.P.C.; KIRCHHOFF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>9</sup> FABRICIO, S.C.C.; et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>10</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Jornal de Pneumologia, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-3586200000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-3586200000600011)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>11</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em: <[http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO\\_07\\_OXIGENOTERAPIA\\_DOMICILIAR\\_PROLONGADA.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO_07_OXIGENOTERAPIA_DOMICILIAR_PROLONGADA.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2022.



### **III – CONCLUSÃO**

1. Inicialmente, cabe destacar que, embora à inicial (fls. 8 e 17) tenha sido pleiteada a **internação domiciliar** (*home care*), esta **não consta prescrita** pelos médicos assistentes do Autor, nos documentos médicos anexados ao processo (fls. 36-38, 40-41, 43-45, 47-59, 73, 193-194). Sendo assim, **não há como este Núcleo realizar uma inferência segura acerca de sua indicação.**

2. A prescrição de **oxigenoterapia domiciliar prolongada** (ODP) é indubitavelmente o tratamento padrão para corrigir a hipoxemia crônica em pacientes com doença pulmonar estável. Estudos clássicos sobre ODP foram realizados em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas portadores de outras pneumopatias com hipoxemia crônica também se beneficiam com seu uso. Já se comprovou que **há aumento da sobrevida e melhora na qualidade de vida com a correta utilização de ODP**<sup>12</sup>. **Diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhorar os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica**<sup>13</sup>.

3. Diante o exposto, informa-se que o tratamento com **oxigenoterapia domiciliar** pleiteado **está indicado** diante da condição clínica que acomete o Autor (fls. 53, 56-57, 73 e 193).

4. Quanto à disponibilização dos itens ora pleiteados, no âmbito do SUS, seguem as informações:

4.1. embora tal tratamento **esteja coberto pelo SUS**, conforme Tabela Unificada do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, na qual consta **oxigenoterapia**, sob o código de procedimento: 03.01.10.014-4, para área ambulatorial, hospitalar e de **atenção domiciliar**, a CONITEC avaliou a incorporação da **oxigenoterapia domiciliar**, **estando recomendada a incorporação APENAS para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**<sup>14</sup> – o que **não se enquadra** ao quadro clínico do Requerente (fls. 53, 56-57, 73 e 193).

4.2. a **internação domiciliar** (*home care*) **não integra** nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município de São João do Meriti e do Estado do Rio de Janeiro.

5. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde<sup>15</sup> **foi encontrado** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para uma das enfermidades do Autor – **esclerose sistêmica**. No entanto, **não foi encontrado** PCDT para suas outras patologias – **fibrose pulmonar** e **fenômeno de Raynaud**.

6. Considerando que é de responsabilidade do médico determinar a necessidade e a forma de administração do oxigênio<sup>3</sup>, **caso haja a aquisição dos equipamentos para o tratamento de oxigenoterapia domiciliar pleiteado**, o Autor deverá ser acompanhado por médico especialista,

<sup>12</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em: Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>13</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), Jornal de Pneumologia, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862000000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011)>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>14</sup> CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Recomendações sobre tecnologias avaliadas. Relatório nº 32. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Oxigenoterapia-DPOC-final.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

<sup>15</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt#i>>. Acesso em: 03 mar. 2022.





a fim de que sejam realizadas orientações e adaptações acerca da utilização dos referidos equipamentos bem como reavaliações clínicas periódicas.

7. Neste sentido, cumpre pontuar que à época da emissão do documento médico mais recente (fl. 193), anexado ao processo, o Requerente se encontrava internado no **Hospital Universitário Pedro Ernesto** (fl. 193). Assim, informa-se que é responsabilidade da referida instituição realizar o seu acompanhamento especializado para o monitoramento do uso da **oxigenoterapia domiciliar** pleiteada ou, em caso de impossibilidade, encaminhá-lo a uma outra unidade apta ao atendimento da demanda.

8. Cabe esclarecer que, até o presente momento, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, **não foi localizada nenhuma forma de acesso pela via administrativa ao tratamento com oxigenoterapia domiciliar** pleiteado, bem como não foram identificados outros equipamentos que possam configurar uma alternativa terapêutica.

9. Ademais, salienta-se que ainda não existem Programas nas três esferas governamentais que venham atender as necessidades terapêuticas de fornecimento de oxigenoterapia domiciliar, que verse sobre o quadro de esclerose sistêmica, fibrose pulmonar e fenômeno de Raynaud.

10. Acrescenta-se que em documento médico (fls. 73 e 193), foi mencionado que o Suplicante necessita do tratamento com oxigenoterapia domiciliar, sendo tal insumo imprescindível à manutenção de sua vida. Assim como também foi informado, à época, que não havia previsão de alta hospitalar devido à falta de tal recurso para seguimento de seu tratamento a nível domiciliar. Logo, salienta-se que a demora exacerbada para o fornecimento dos equipamentos para a realização do tratamento pleiteado, à nível domiciliar, poderia postergar a desospitalização e influenciar negativamente em seu prognóstico.

11. Todavia, às folhas 189 e 191, constam os pronunciamentos da Assessoria Técnica Especializada da SES-RJ, em 01 de setembro de 2021, e da Assessoria Jurídica da SMS de São João do Meriti, em 09 de agosto de 2021, tendo sido informado que o Demandante “... apresenta perfil para atendimento no Programa de Saúde Melhor em Casa, bem como foi realizada a dispensação do material necessário à manutenção de sua saúde com a entrega do concentrador e cilindros de oxigênio, de forma a viabilizar a desospitalização do menor ...”, cuja dispensação supramencionada foi realizada pelo município de São João do Meriti, mediante comprovantes de entrega dos equipamentos em regime de comodato (fls. 194 e 195).

12. Adicionalmente, informa-se que o tratamento com **oxigenoterapia domiciliar** ocorre através do uso de equipamentos. Sendo assim, elucida-se que:

12.1. no que tange ao equipamento **cilindro de oxigênio**, as empresas fabricantes e envasadoras de gases medicinais **não estão obrigadas a notificar ou registrar** os gases medicinais, porém devem possuir o CBPF de gases medicinais, licença sanitária da autoridade sanitária local e autorizações de funcionamento, além de cumprir com as demais normas sanitárias<sup>16</sup>;

<sup>16</sup> ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regularização de produtos: gases medicinais. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/medicamentos/produtos/gases-medicinais/informacoes-gerais>>. Acesso em: 03 mar. 2022.



12.2. já os equipamentos **concentrador de oxigênio e mochila de oxigênio líquido possuem registro ativo** na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

13. No caso de fornecimento do serviço de home care, ressalta-se que, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA**, o serviço de home care, seja ele público ou privado, **deve fornecer todos os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.**

14. Por fim, cabe esclarecer que o fornecimento de informações acerca de **custeio não consta no escopo de atuação deste Núcleo.**

**É o parecer.**

**À 3ª Vara da Fazenda Pública da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.**

**ADRIANA MATTOS PEREIRA DO  
NASCIMENTO**  
Fisioterapeuta  
CREFITO2/40945-F  
Matrícula: 6502-9

**JAQUELINE COELHO FREITAS**  
Enfermeira  
COREN/RJ 330.191  
ID. 4466837-6

**ANGELO RAIMUNDO DE  
SOUZA FILHO**  
Médico  
CREMERJ 52.34160-9  
ID. 4442514-7

**ALINE PEREIRA DA SILVA**  
Farmacêutica  
CRF- RJ 13065  
ID. 4.391.364-4

**FLÁVIO AFONSO BADARÓ**  
Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 436.475-02