



NOTA TÉCNICA nº 07/2025 DIAF/SAS/SES/SC

Assunto: Revogação e substituição das orientações da Nota Técnica nº 32/2023 - DIAF/SPS/SES/SC e da Nota Técnica nº 280/2023 - CGAHV/DATHI/SVSA/MS, acerca da atualização dos esquemas terapêuticos disponíveis para o tratamento e retratamento da Hepatite C no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Portaria SCTIE/MS nº 84, de 19 de dezembro de 2018, que publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e Coinfecções (HCV) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho de 2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que inclui os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF);

Considerando a Nota Técnica nº 319/2020 CGAHV/DCCI/SVS/MS, de 1º de outubro de 2020, que trata das normativas referentes ao processo de transferência entre componentes da assistência farmacêutica e ao novo modelo de acesso aos medicamentos de Hepatites Virais;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021, que dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de programas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS;

Considerando o Ofício Circular nº 05/2023/CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS, de 02 de fevereiro de 2023, que trata da alteração das recomendações para realização do exame de genotipagem do vírus da hepatite C (HCV) no SUS;

Considerando o Ofício Circular nº 57/2023/CGAHV/DATHI/SVSA/MS, de 22 de agosto de 2023, que revoga as orientações da Nota Técnica nº 101/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS e comunica a rede sobre a oferta de esquema composto por sofosbuvir + daclatasvir para tratamento da Hepatite C para pacientes sem cirrose;

Considerando a Nota Técnica nº 32/2023 - DIAF/SPS/SES/SC, de 31 de outubro de 2023, que trata da revogação e substituição das orientações da Nota Técnica nº 05/2023 - DIAF/SPS/SES/SC e da Nota Técnica nº 30/2023-CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS, acerca da atualização dos esquemas terapêuticos disponíveis para o tratamento da Hepatite C no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

DIAF/GETAF



Considerando a Nota Técnica nº 5/2025-CGHV/DATHI/SVSA/MS, de 11 de março de 2025, que revoga e substitui as orientações da Nota Técnica nº 280/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento e retratamento da hepatite C no âmbito do SUS.

Informamos:

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para hepatite C e Coinfecções, aprovado pela Portaria SCTIE/MS nº 84, de 19 de dezembro de 2018, adotou a análise de custo-minimização, que prioriza alternativas com menor impacto financeiro ao sistema Único de Saúde (SUS), sem deixar de garantir o acesso a terapias seguras e igualmente eficazes às pessoas com hepatite.

1. Exclusão do medicamento ribavirina 250 mg (RBV):

Acerca do **medicamento ribavirina 250 mg (RBV)**, sua prescrição e consumo vêm diminuindo ao longo dos anos no Brasil. Evidências científicas recentes ressaltam o desfecho de Resposta Viroológica Sustentada (RVS) com esquemas livres de RBV. Os estudos denominados ASTRAL-1, -2 e -3, que incluíram respectivamente pacientes para tratamento com genótipo 1 ou 4, 2 ou 3, revelaram alta taxa de RVS com o esquema de sofosbuvir e velpatasvir em pacientes com cirrose compensada. No estudo POLARIS-3, incluindo pacientes com genótipo 3, o esquema terapêutico de sofosbuvir e velpatasvir, sem ribavirina, resultou em uma RVS que variou entre 82% e 90%. A adição de RBV ao esquema terapêutico de sofosbuvir e velpatasvir para pacientes com cirrose compensada não representa vantagem, particularmente para aqueles infectados com o genótipo 1. No entanto, em relação ao genótipo 3, o seu benefício é controverso, sendo indicado pela Associação Americana para Estudos do Fígado (AASLD) para pacientes que apresentam mutações de resistência. Em 2022, um estudo avaliou a eficácia e segurança do uso de sofosbuvir e velpatasvir, com e sem ribavirina, em pacientes infectados pelo genótipo 3 e cirrose compensada. Os autores demonstraram que as taxas de RVS foram similares independentemente da RBV, em ambas análises, e que, a adição desta resultou em maior risco de eventos adversos.

Para além dos dados apresentados, cumpre informar que o único fabricante da RBV em nível nacional comunicou ao Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI/SVSA/MS), em setembro de 2024, a interrupção definitiva da produção e do fornecimento do medicamento ao Ministério da Saúde (MS), haja vista a baixa demanda atual. **Nesse sentido, esta Nota Técnica vem informar a descontinuidade no fornecimento do medicamento RBV para o tratamento e retratamento de hepatite C no Brasil, exceto para os casos de crianças menores de 12 anos ou com menos de 30 kg.**

2. Tratamento inicial da hepatite C para pacientes com escore APRI < 1 (Fluxograma 1):

No contexto do tratamento da hepatite C, o MS estabelece que **o ponto de corte do escore APRI que deverá ser utilizado para exclusão de cirrose é 1**. Dessa forma, pessoas que apresentem valores de APRI inferior a 1, antes do tratamento, serão consideradas sem cirrose para a escolha do esquema terapêutico. Calculadoras de escore APRI podem ser encontradas gratuitamente em aplicativos para smartphones e páginas na internet, como: www.hepasc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri.

DIAF/GETAF



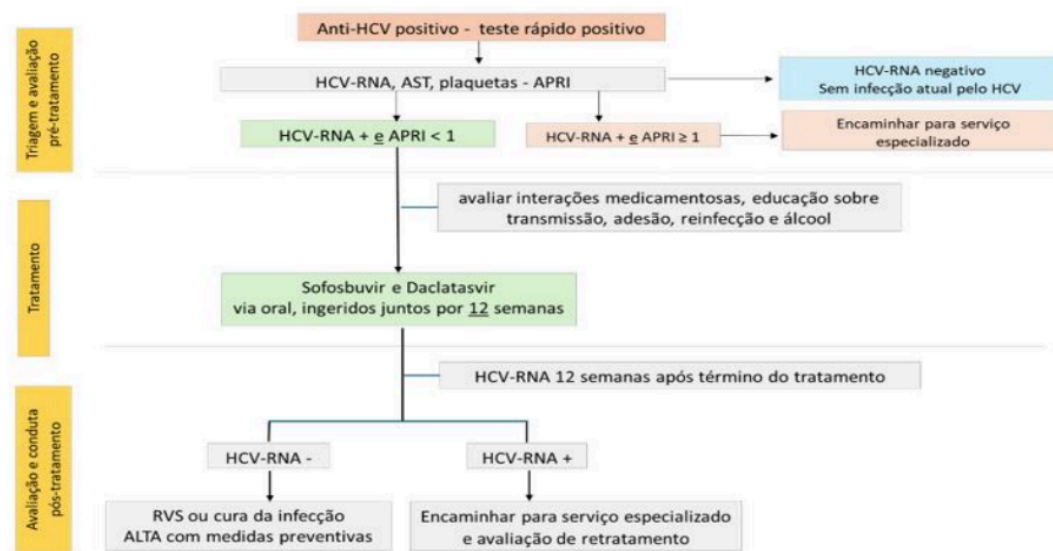
Tratamento inicial da hepatite C de pacientes com as seguintes condições clínicas:

- APRI < 1, configurando ausência de cirrose ou fibrose hepática avançada;
- Sem histórico de tratamento prévio de hepatite C com DAAs (antivirais de ação direta);
- Plaquetas > 150.000;
- Sem nódulos hepáticos ou sinais de esplenomegalia à ultrassonografia.

O tratamento deverá ser realizado com sofosbuvir (1 comprimido de 400 mg VO dia) e daclatasvir (1 comprimido de 60 mg VO ao dia), ingeridos no mesmo horário, por 12 semanas. Este esquema é seguro, de curta duração e confere a cura da infecção, avaliada pela RVS (HCV-RNA indetectável realizado após 12 semanas do término do tratamento), para a maioria dos pacientes.

Uma vez que esses pacientes não apresentam cirrose (APRI < 1), eles poderão ser tratados, com segurança, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Fluxograma 1 - Abordagem clínica e terapêutica de pacientes com hepatite C e APRI < 1, maiores de 12 anos ou pesando pelo menos 30 kg, **sem tratamento prévio** com antivirais de ação direta (DAA)



Classificação da cirrose hepática para definição do esquema terapêutico:

Pacientes com APRI ≥ 1 devem ser encaminhados para avaliação especializada em centros de referência para hepatites virais ou serviços de Gastroenterologia/Hepatologia ou Infectologia. Para fins de definição do esquema terapêutico inicial, a cirrose hepática será classificada como compensada ou descompensada por meio da avaliação clínica e laboratorial utilizando-se o escore de Child-Turcotte-Pugh (Child-Pugh). Esse escore é obtido por meio da soma da pontuação de cinco fatores clínicos e laboratoriais, com resultado variando entre 5 e 15. Um resultado de 5 ou 6 é considerado Child A, de 7 a 9 considerado Child B e maior que 9 considera-se Child C. A descompensação hepática é indicada pelo escore de Child-Pugh maior ou igual a 7 (Child B ou C).

DIAF/GETAF



Quadro 1 - Classificação de Child-Pugh para cirrose hepática			
Parâmetros	+1 ponto	+2 pontos	+3 pontos
Bilirrubina sérica (mg/dL)	< 2.0	2.0 a 3.0	> 3.0
Albumina sérica (g/dL)	> 3.5	2.8 a 3.5	< 2.8
Ascite	Ausente	Leve	Moderada
Encefalopatia	Ausente	Leve	Moderada
INR	< 1,7	1,7 a 2,3	> 2,3

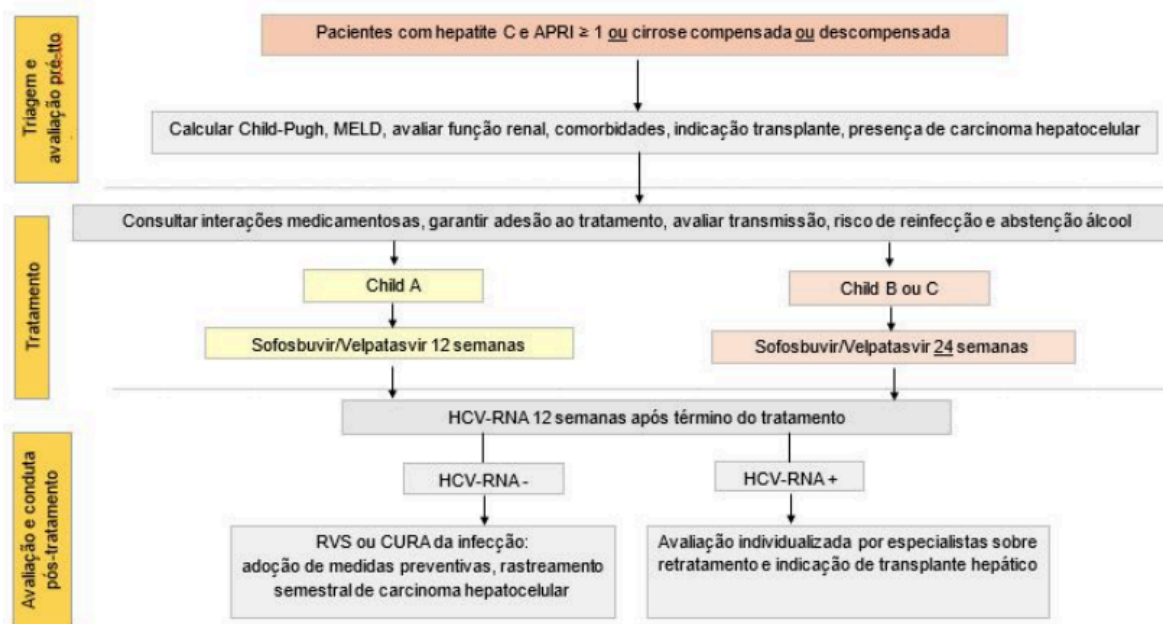
3. Tratamento inicial da hepatite C para pacientes com APRI ≥ 1 ou cirrose compensada (Child-Pugh A) (Fluxograma 2):

O esquema terapêutico consiste no emprego de sofosbuvir/velpatasvir, na apresentação de comprimido coformulado, dose única diária, por 12 semanas, **sem ribavirina**. Salienta-se que esses esquemas não sofrem alteração em caso de redução do *clearance* de creatinina.

4. Tratamento inicial da hepatite C para pacientes com cirrose descompensada (Child B ou C) ou histórico de descompensação hepática (Fluxograma 2):

Os esquemas terapêuticos que incluem inibidores de protease, como o voxilaprevir, não deverão ser utilizados para o tratamento de pacientes com cirrose descompensada (Child B ou C). A coformulação de velpatasvir/sofosbuvir, por 24 semanas sem ribavirina, será o esquema terapêutico recomendado para pacientes com cirrose descompensada ou histórico de descompensação hepática. Salienta-se que esses esquemas são seguros para o tratamento de pacientes com redução do *clearance* de creatinina.

Fluxograma 2 - Abordagem clínica e terapêutica de pacientes com hepatite C e APRI ≥ 1 ou cirrose compensada ou descompensada, maiores de 12 anos ou pesando pelo menos 30 kg, **sem tratamento prévio** com antivirais de ação direta (DAA)



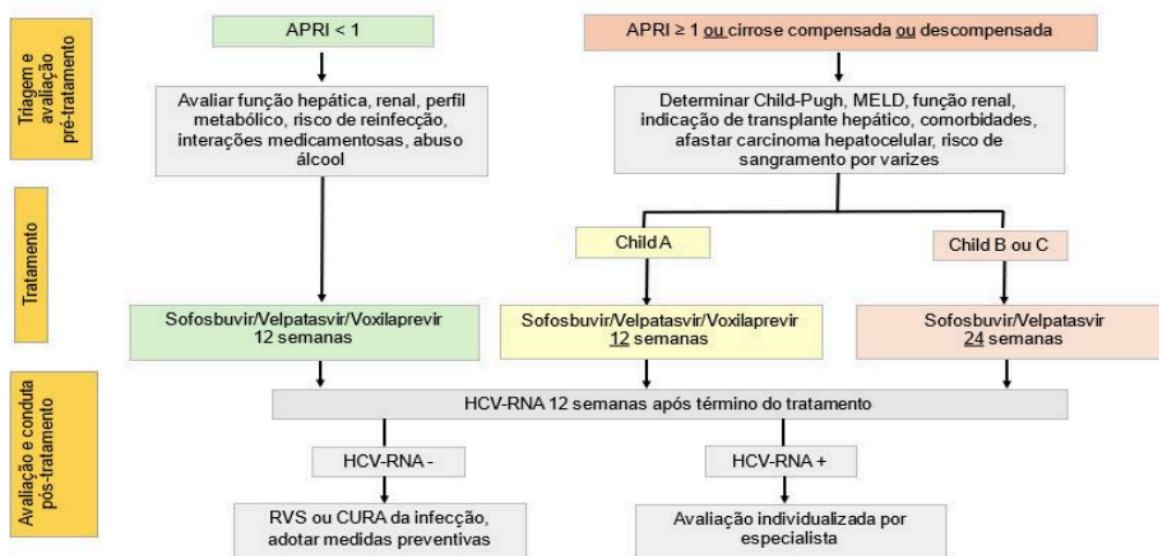
DIAF/GETAF



5. Retratamento da hepatite C (Fluxograma 3):

O esquema disponível para o retratamento, em caso de falha terapêutica aos DAAs, será igualmente, pangênótico e, portanto, não será necessário o teste de genotipagem do HCV. **A ribavirina não está indicada em nenhum caso de retratamento.** O retratamento consistirá na combinação tripla de DAA, como o sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, administrado por 12 semanas. Esse esquema é contraindicado para pacientes com cirrose descompensada (Child B ou C), sendo recomendado, nesses casos, o retratamento com sofosbuvir/velpatasvir por 24 semanas. Salienta-se que esse esquema é seguro para o tratamento de pacientes com redução do *clearance* de creatinina.

Fluxograma 3 - Abordagem clínica e terapêutica para o **retratamento da hepatite C** de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos



Deve-se considerar como retratamento as pessoas tratadas previamente que não obtiveram resposta virológica sustentada (RVS) entre a 12ª e a 24ª semana após o término do tratamento. Pessoas que obtiveram RVS e adquiriram nova infecção (reinfecção), deverão ser tratadas conforme os fluxogramas 1 e 2.

O sofosbuvir/velpatasvir é seguro para uso em crianças com idade igual ou superior a 12 anos ou pesando pelo menos 30 kg. Já o medicamento sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir só pode ser administrado em adultos com idade igual ou superior a 18 anos.

6. Esquemas de tratamento para crianças menores de 12 anos ou pesando menos de 30 kg com esquema de alfapecinterferona 2a e ribavirina:

Os esquemas terapêuticos indicados para crianças (entre 3 e 11 anos), com peso inferior a 30 kg, permanecem inalterados. No entanto, considerações importantes devem ser levadas em conta ao decidir pelo tratamento em crianças neste momento: **a ribavirina estará disponível em toda a rede pública de saúde até Outubro de 2025.** Portanto, não se recomenda iniciar o tratamento de crianças com esquemas de Alfapecinterferona 2a e ribavirina nesse período, tendo em vista que o fornecimento de ribavirina será interrompido após essa data.

DIAF/GETAF



Quadro 2 – Esquemas terapêuticos indicados para crianças (entre 3 e 11 anos) e pesando menos de 30 kg, segundo o tempo de tratamento e conforme condição clínica.

Opção terapêutica	Sem cirrose	Com cirrose Child A
Genótipos 1, 4, 5 e 6	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15 mg/kg/dia) por 48 semanas	Alfapeginterferona 2a (180µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15 mg/kg/dia) por 48 semanas
Genótipos 2 e 3	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15 mg/kg/dia) por 24 semanas	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15 mg/kg/dia) por 24 semanas

Observação: A apresentação do exame de genotipagem é obrigatória para crianças com indicação de tratamento e idade entre 3 e 11 anos e pesando menos de 30 kg. As solicitações de exames de genotipagem do HCV para pacientes que cumpram os critérios deverão ser encaminhadas para avaliação, aprovação e agendamento de recolhimento da amostra.

7. Esquemas de tratamento da hepatite C de crianças e adolescentes com antivirais de ação direta (DAA):

O tratamento de crianças com idade acima de três anos e adolescentes (até 17 anos) com DAA está em processo de incorporação e, uma vez efetivado, será disponibilizado em toda a rede pública de saúde do país. O esquema consiste na combinação de sofosbuvir e velpatasvir pediátrico, por 12 semanas, com ajustes de doses conforme o peso e a idade na ocasião do tratamento. Salienta-se que esses esquemas poderão ser utilizados para o tratamento de pacientes com redução do *clearance* de creatinina e somente estarão disponíveis para dispensação quando for finalizado o processo de incorporação.

Quadro 3 – Esquemas de tratamento de hepatite C de crianças e adolescentes com sofosbuvir e velpatasvir pediátrico com ou sem cirrose compensada

Peso (Kg)	Idade	Formulação	Dose	Duração (semanas)
< 17 kg	3-11 anos	granular	150 mg sofosbuvir / 37.5 mg velpatasvir uma vez ao dia	12
≥ 17 a < 30 kg	3-11 anos	granular	200 mg sofosbuvir / 50 mg velpatasvir uma vez ao dia	12
≥ 30 kg	≥ 12 anos	comprimido	400 mg sofosbuvir / 100 mg velpatasvir uma vez ao dia	12

Fonte: modificado e adaptado de Martinello M, Solomon SS, Terrault N e Gregory D. Hepatitis C. Lancet, 2023; 402: 10845-96.

DIAF/GETAF



8. Interações medicamentosas:

Os esquemas de DAA pangenotípicos apresentam, em geral, perfil bastante favorável de interações com outros medicamentos. Todas as pessoas que serão submetidas ao tratamento para hepatite C devem ser avaliadas quanto a interações medicamentosas. Para mais informações, recomenda-se consulta ao site: www.hepdruginteracons.org. Em casos de interação proibida, a prescrição do medicamento que impede o tratamento deve ser revista, avaliando a possibilidade de substituição ou interrupção, para possibilitar o tratamento do HCV.

Nos casos de pessoas com coinfeção HIV/HCV, é importante destacar que nenhum dos esquemas terapêuticos disponíveis pode ser usado em conjunto com inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleotídeo (ITRNN), como efavirenz, nevirapina e etravirina. Caso a pessoa coinfectada esteja em uso de TARV (terapia antirretroviral) contendo algum desses medicamentos, a prescrição deve ser revista para possibilitar o tratamento da hepatite C.

Para pacientes coinfectados com indicação de tratamento inicial com SOF + DCV, mas que estejam em uso de TARV contendo inibidores de protease (atazanavir, darunavir), deve ser substituído por SOF/VEL por 12 semanas.

9. Seguimento após a cura:

Como a hepatite C é uma inflamação que causa necrose e fibrose do fígado, mesmo após a cura, há casos em que é necessário acompanhamento contínuo para a identificação precoce de possíveis quadros de descompensação hepática e carcinoma hepatocelular (CHC). Todas as pessoas tratadas, mesmo aquelas com APRI < 1 antes do tratamento, têm indicação de realizar exames de imagem, como elastografia ou ultrassonografia, para avaliar o grau de fibrose hepática após o início do tratamento.

Pacientes com fibrose avançada (estágio F3) ou cirrose (estágio F4) devem ser rastreados para CHC pelo menos uma vez a cada seis meses após a cura. O rastreio deve ser feito com ultrassonografia, podendo ser complementado com outros exames, como alfafetoproteína. Nos casos de cirrose ainda deve ser feita uma vigilância adicional para varizes de esôfago com endoscopia a cada um ou dois anos naqueles que já tinham varizes anteriormente, ou que apresentem evidências (ultrassonográficas ou laboratoriais) de piora da doença hepática.

Todos os pacientes curados e que tenham graus mais leves de fibrose hepática, ou mesmo ausência de fibrose, têm indicação de serem acompanhados regularmente após a cura caso apresentem fatores de risco importantes para a doença hepática. As principais indicações são obesidade, diabetes tipo 2, uso excessivo de álcool, dislipidemia importante e coinfeções com HIV ou HBV. A regularidade desse acompanhamento e como ele será feito devem ser avaliados em cada caso, a critério do profissional assistente.

10. Considerações Finais

Reitera-se que o prazo até a interrupção da oferta de ribavirina (RBV) 250 mg na rede SUS será de 06 (seis) meses a partir da publicação desta Nota Técnica. Além disso, recomenda-se que usuários atualmente em uso de RBV sejam identificados e encaminhados para avaliação e remanejamento de seus esquemas terapêuticos.

DIAF/GETAF



Orienta-se ainda que os estoques remanescentes disponíveis de glecaprevir 100 mg + pibrentasvir 40mg (GP) sejam esgotados nas Unidades, de modo a mitigar as perdas anteriormente ou à medida que haja o recebimento do medicamento sofosbuvir 400 mg + velpatasvir 100mg + voxilaprevir 100 mg. O sistema estará habilitado temporariamente para dispensação de ambos os esquemas. Cumpre destacar que os tratamentos iniciados com GP devem considerar a disponibilidade de estoque estadual para a conclusão dos mesmos, assegurando assim a dispensa integral ao paciente, garantindo o tratamento completo com esse esquema terapêutico.

Ademais, a previsão de recebimento no estado dos medicamentos sofosbuvir 400 mg + velpatasvir 100 mg + voxilaprevir 100 mg e de velpatasvir 50 mg + sofosbuvir 200 mg (pediátrico) será a partir da Programação Ascendente (PA) de Abril/2025. Assim, pode-se considerar o envio às Unidades a partir da PA do mês de Maio/2025.

Abaixo, segue o Anexo I que agrupa os esquemas disponíveis para o tratamento da hepatite C, de acordo com a situação clínica, cujas orientações estarão vigentes até que uma nova normativa seja publicada.

Maiores informações e documentos relacionados, estão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde: www.saude.sc.gov.br → Serviços → Assistência Farmacêutica - DIAF → Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF → Hepatites Virais e SICLOM-HV.

Fica revogada a Nota Técnica nº 32/2023/DIAF/SPS/SES/SC.

Esta Nota Técnica entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 19 de março de 2025.

(assinado digitalmente)

Maria Teresa Bertoldi Agostini

Diretora de Assistência Farmacêutica

(assinado digitalmente)

Lia Quaresma Coimbra

Gerente Técnica de Assistência Farmacêutica

DIAF/GETAF

ANEXO I - ESQUEMAS TERAPÊUTICOS HEPATITE C:

Atualizado pela Nota Técnica nº 5/2025-CGHV/.DATHI/SVSA/MS, de 11/03/2025 e pela Nota Técnica nº 07/2025 - DIAF/SAS/SES/SC, de 19/03/2025.

QUADRO 01 - ESQUEMAS PARA PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS (a partir de 12 anos) ou pesando ≥ 30 kg, SEM tratamento prévio com DAA ¹			
Opção terapêutica	Escore APRI < 1	Escore APRI ≥ 1 CHILD A	Escore APRI ≥ 1 CHILD B ou C
		Sofosbuvir + Daclatasvir por 12 semanas	Velpatasvir/Sofosbuvir por 12 semanas
NÃO PRECISA GENOTIPAGEM			

¹ DAA: Daclatasvir, Ledipasvir, Velpatasvir, Elbasvir, Ombitasvir/Veruprevir/Ritonavir + Dasabuvir, Pibrentasvir, Simeprevir, Glecaprevir, Grazoprevir, Sofosbuvir.

QUADRO 02 - ESQUEMAS PARA PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS (a partir de 12 anos), tratados previamente ² com antivirais de ação direta (DAA ¹)			
Opção terapêutica	SEM CIRROSE	CHILD A	CHILD B ou C ³
		Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir por 12 semanas	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir por 12 semanas
NÃO PRECISA GENOTIPAGEM			

² Deve-se considerar pacientes tratados previamente, aqueles que não obtiveram resposta virológica sustentada (RVS) entre a 12ª e 24ª semana após o término do tratamento. Pacientes que obtiveram RVS e adquiriram nova infecção (reinfecção), deverão ser tratados conforme o **Quadro 1 deste Anexo**.

³ Esquema de retratamento composto por Sofosbuvir/Velpatasvir pode ser utilizado em pacientes menores de 12 anos com cirrose Child B ou C, desde que pesem pelo menos 30 kg.

QUADRO 03 - ESQUEMAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS (entre 03 e 11 anos) e pesando menos de 30 kg (esquemas válidos até Outubro/2025)		
GENÓTIPO	SEM CIRROSE	CHILD A
1, 4, 5 e 6	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + Ribavirina (15 mg/kg/dia) por 48 semanas	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + Ribavirina (15 mg/kg/dia) por 48 semanas
2 e 3	Alfapeginterferona 2a (180µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + Ribavirina (15 mg/kg/dia) por 24 semanas	Alfapeginterferona 2a (180 µg/1,73m ²), por via subcutânea, uma vez por semana + Ribavirina (15 mg/kg/dia) por 24 semanas
OBRIGATÓRIO GENOTIPAGEM		

QUADRO 04 - ESQUEMAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM OU SEM CIRROSE COMPENSADA (03 a 17 anos)				
PESO	IDADE	FORMULAÇÃO	DOSE	DURAÇÃO (semanas)
< 17 kg	3-11 anos	granular	150 mg sofosbuvir / 37,5 mg velpatasvir uma vez ao dia	12
≥ 17 a < 30 kg	3-11 anos	granular	200 mg sofosbuvir / 50 mg velpatasvir uma vez ao dia	12
≥ 30 kg	≥ 12 anos	comprimido	400 mg sofosbuvir / 100 mg velpatasvir uma vez ao dia	12
NÃO PRECISA GENOTIPAGEM				

DIAF/GETAF
MAR./2025



Assinaturas do documento



Código para verificação: **E8ZQ9Q99**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



LIA QUARESMA COIMBRA (CPF: 851.XXX.989-XX) em 09/04/2025 às 15:41:20

Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 14:32:30 e válido até 13/07/2118 - 14:32:30.

(Assinatura do sistema)



MARIA TERESA BERTOLDI AGOSTINI (CPF: 642.XXX.309-XX) em 09/04/2025 às 16:10:44

Emitido por: "SGP-e", emitido em 26/07/2018 - 13:27:30 e válido até 26/07/2118 - 13:27:30.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwMDY2NTZfNjcyMI8yMDI1X0U4WIE5UTk5> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00006656/2025** e o código **E8ZQ9Q99** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.