

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Gerência de Serviços Ambulatoriais

Nota Técnica N.º 2/2020 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Brasília-DF, 03 de março de 2020.

**Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta especializada em Infectologia****DO OBJETIVO**

- I. Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da atenção primária para o atendimento da atenção secundária, referências distritais e hospitalares para os ambulatórios de Infectologia na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.
- II. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais relevantes para cuidado, entretanto, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nesta Nota Técnica. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.
- III. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS devem ser encaminhados via central de regulação ambulatorial, conforme Nota Técnica específica.
- IV. A atenção Primária deverá realizar ações de promoção e prevenção direcionadas a fatores de vulnerabilidade, comportamento e estilo de vida. Entre as principais ações, destacam-se ampliar oferta do diagnóstico em doenças infecciosas, preferencialmente por Teste Rápido para HIV, hepatites virais e sífilis na população em geral, populações-chave e prioritárias (incluindo gestantes e parceiros sexuais), mediante demanda espontânea, evitando realização de agendamento.
- V. Algumas condições necessitam de avaliação em caráter de urgência ou de pronto atendimento, não sendo possível esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo, e serão detalhadas nos motivos de encaminhamento.

**DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO****I. Infecções do Trato Urinário (ITU)****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- ITU de repetição ou recorrente, caracterizada pela presença de dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano após a cura da primeira infecção;
- Infecções do trato urinário por bactérias com ampla resistência antimicrobiana;
- Bacteriúria assintomática (2 culturas de urina consecutivas em mulheres com isolamento do mesmo microorganismo  $\geq 10^5$  UFC/ml; em homens apenas uma cultura com Microorganismo  $\geq 10^5$  UFC/ml) com dificuldade de manejo pelo médico assistente;
- As condições acima listadas em pacientes gestantes.

**Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, incluindo esquemas prévios de antimicrobianos;
- Resultado de EAS e cultura (s) de urina.

**II. Osteomielites****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com história prévia de trauma com osteomielite crônica;
- Pacientes com história de intervenções cirúrgicas com envolvimento ósseo e/ou procedimentos evoluindo com sinais flogísticos e/ou limitação na função de membro;
- Osteomielites crônicas já diagnosticadas pelo Ortopedista ou Cirurgião vascular.

**Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com sinais sintomas, intervenções cirúrgicas prévias e antimicrobianos utilizados e/ou em uso;
- TC e/ou RM do membro ou região afetada;
- Resultado de Biópsia- histopatológico e culturas (se houver)

### **III. Infecções de Pele e partes moles**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com erisipela de repetição;
- Pacientes com furunculose de repetição.

#### **Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com sinais sintomas antimicrobianos utilizados e/ou em uso.

#### *Condições clínicas que indicam a necessidade de pronto-atendimento:*

- *Pacientes com erisipela, celulite e outras infecções agudas de pele e partes moles*

### **IV. Infecções por Herpes vírus**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Infecções por Herpes simples de repetição

#### **Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com datas dos episódios prévios

#### *Condições clínicas que indicam a necessidade de pronto-atendimento:*

- *Herpes zoster*
- *Paciente com sinais e/ou sintomas de encefalite herpética*
- *Pacientes com infecções bacterianas secundárias em lesões herpéticas*
- *Herpes ocular*

### **V. Hepatite A**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Presença de Anti-HAV IgM reagente com quadro febril icterico de duração inferior a 3 semanas.

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História Clínica detalhada
- Resultado de anti-HAVIgM reagente
- Resultado de hemograma, TAP, Transaminases, Fosfatase alcalina, bilirrubinas totais e frações, proteínas totais e frações.

### **VI. Hepatite B**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Hepatite B crônica, caracterizada pela persistência do antígeno de superfície HBsAg reagente e/ou HBV-DNA detectável por mais de 6 meses (intervalo entre os exames), não cirróticos;
- Hepatite B crônica, caracterizada pela persistência do antígeno de superfície HBsAg reagente e/ou HBV-DNA detectável por mais de 6 meses (intervalo entre os exames), coinfectados com HIV e/ou HCV. Em pacientes vivendo com HIV/AIDS (PVHA), consultar Nota técnica HIV/AIDS;

- Pacientes com anti-HBc total reagente, que serão submetidas ao uso de Imunossuppressores, quimioterápicos.
- Pacientes com resultado de HBeAg reagente em dois exames num intervalo > 6 meses.
- Hepatite B aguda grave (coagulopatias ou icterícia por mais de 14 dias)

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada com data de início dos sintomas ou do provável diagnóstico;
- Dois resultados de HBsAg reagente e/ou HBV-DNA detectável com intervalo > 6 meses;
- Anti-HBc IgG reagente em pacientes a serem submetidos a tratamento imunossupressor
- Resultado de hemograma, transaminases e bilirrubina total e frações, proteínas totais e frações e coagulograma, com data.
- Resultado de USG de abdome e Elastografia (se houver realizado)

## **VII. Hepatite C**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Hepatite C crônica, caracterizada pela presença de anti-HCV reagente ou HCV-RNA detectável em pelo menos duas amostras com intervalo > 6 meses;
- Anti-HCV não reagente e HCV-RNA detectável até 90 dias após exposição (quando conhecida);
- Anti-HCV reagente em paciente coinfetado com HIV e/ou HBV. (Em PVHA, consultar Nota técnica HIV/AIDS).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;
- Dois resultados de Anti-HCV reagente e/ou HBV-DNA detectável com intervalo > 6 meses;
- Resultado de Anti-HCV não reagente e HCV-RNA detectável com intervalo de 90 dias após (pós-exposição)
- Resultado de hemograma, transaminases e bilirrubina total e frações, proteínas totais e frações e coagulograma, com data.
- Resultado de USG de abdome e Elastografia (se houver realizado)

## **VIII. Toxoplasmose**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista;
- Pacientes gestantes com suspeita ou confirmação de toxoplasmose na gestação encaminhadas pelo Pré-Natal;
- Pacientes imunossuprimidos com suspeita ou confirmação de infecção aguda ou reativação de doença, sem lesão de órgão alvo. (Em PVHA, consultar Nota técnica HIV/AIDS);

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com Sinais e sintomas, além de presença e possíveis causas de imunossupressão (quando houver);
- Resultado de sorologia (IgM e IgG)
- Se mulher em idade fértil, descrever se paciente é gestante (sim ou não);
- Se paciente gestante, descrever idade gestacional no momento da coleta dos exames e resultado de avidéz ao IgG (se realizado)

#### *Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pronto-atendimento:*

- *Pacientes com suspeita de Toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).*

## **IX. Sífilis:**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com diagnóstico e/ou suspeita de Sífilis terciária (envolvimento cardíaco, gomas sífilíticas ósseas, cutâneas e aneurisma aórtico);
- Paciente com coinfeção HIV e sífilis, mesmo na ausência de sintomatologia (vide nota técnica HIV/AIDS);
- Paciente gestante com diagnóstico de sífilis, após avaliação da Ginecologia/Obstetrícia, caso julgue necessário;
- Pacientes com diagnóstico e/ou suspeita de Sífilis já tratados, com dificuldades na condução por parte do médico assistente.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;
- Resultado de teste treponêmico e não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;
- Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data
- Relato de tratamentos prévios para sífilis (descrever medicamentos, dose e duração);

### *Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pronto-atendimento:*

- *Paciente com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos;*
- *PVHA com suspeita de neurosífilis (vide nota técnica específica)*

## **X. Leishmaniose Tegumentar Americana**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com lesões indolores, com formato arredondado ou ovalado, apresentando base eritematosa, infiltrada e de consistência firme, bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e com granulações grosseiras, descartadas úlceras varicosas;
- Pacientes com lesões destrutivas localizadas na mucosa, em geral nas vias aéreas superiores, sem infecção secundária ou apenas com infecção secundária localizada.
- Paciente com lesões suspeitas de LTA e coinfectadas com HIV (vide nota técnica AIDS).

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada incluindo data do surgimento dos sintomas e características das lesões;
- Sorologia para Leishmaniose (IFI ou ELISA) com data (caso realizada)
- Resultado de prova tuberculínica (PPD)
- Resultado de biópsia (caso realizada)
- Resultado de Intrademorreação de Montenegro (se houver)
- Resultados de exames laboratoriais, incluindo hemograma, função renal, transaminases, proteínas totais e frações, anti-HIV, anti-HCV, anti-HBs, HBsAg, anti-HBc (IgM e total) com data.

## **XI. Leishmaniose visceral**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com suspeita clínica, apresentando febre de longa duração, perda ponderal, astenia, adinamia e esplenomegalia (com ou sem hepatomegalia);
- Pacientes com sorologia para leishmaniose reagente (IFI ou ELISA) assintomáticos;
- Pacientes com suspeita clínica e/ou confirmação sorológica de Leishmaniose visceral (IFI ou ELISA) e infecção pelo HIV (Vide nota técnica AIDS)

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada incluindo data do surgimento dos sintomas;

- Resultado de prova tuberculínica (PPD)
- Resultados de exames laboratoriais, incluindo hemograma, função renal, transaminases, proteínas totais e frações, VHS, anti-HIV, anti-HCV, anti-HBs, HBsAg, anti-HBc (IgM e total) com data
- Sorologia para Leishmaniose (IFI ou ELISA) com data -caso realizada.
- Resultado de mielograma - caso realizado.
  
- Resultados de exames de imagem de abdome (TC ou USG) com data – caso realizada.

**XII. Febre de Origem Indeterminada (FOI):** Temperatura axilar > 37,8°. C pelo tempo mínimo de 3 semanas e após 1 semana de investigação clínica infrutífera (3 dias de investigação em internação hospitalar ou 3 consultas ambulatoriais)

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Paciente com quadro de FOI sem sinais de comprometimento sistêmico grave, sepse ou sinais e sintomas que justifiquem internação hospitalar.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**

- História clínica detalhada, incluindo características do quadro febril (intervalos, horário preferencial, presença ou não de calafrios) e descrição de exame físico.
- Resultados de Hemograma, Uréia, creatinina, ALT, AST, Fosfatase alcalina, bilirrubinas proteínas totais e frações, DHL, PCR, VHS, EAS, cultura de urina, hemoculturas, RX de tórax, anti-HIV, anti-HCV, anti-HBs, HBsAg, Anti-HBc, VDRL, sorologia para toxoplasmose, CMV e EBV.
- Resultados de radiografia de tórax
- Resultado de Tomografias computadorizadas, Ressonância magnética, USGs e ecocardiograma (se realizados)

**XIII. Síndrome de Mononucleose-Like (SML)**

Pacientes com quadro caracterizado por linfadenopatia generalizada de instalação aguda ou subaguda seguida de febre e/ou faringite, podendo apresentar ainda esplenomegalia, rash cutâneo, fadiga e anormalidades hematológicas.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Paciente com suspeita clínica de SML apresentando persistência dos sintomas por mais de 10 dias, sem a definição da etiologia, excluída doenças hematológicas.

**Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada com início e duração dos sintomas
- Hemograma com linfocitose (podendo apresentar linfocitose atípica)
- Transaminases (em geral estarão elevadas), função hepática e função renal.
- Hemoculturas (mesmo em andamento) e cultura de urina
- Sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV.

**XIV. Linfonodomegalias (Não caracterizadas como SML)**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com linfonodomegalia persistente sem causa definida, acompanhada ou não de febre, sudorese noturna e emagrecimento;
- Suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na UBS ou outros serviços;
- Linfonodomegalia torácica.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada com sinais e sintomas (Descrição do exame físico, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
- Características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
- Resultado de exames com data: hemograma, anticorpo IgM e IgG para Toxoplasmose, Monoteste ou EBV-VCA IgM e IgG, anticorpo IgM e IgG Citomegalovírus, prova tuberculínica, Raio-X de tórax, anti-HIV ou teste rápido para HIV, anti-HCV, HbsAg, Anti-HBs, Anti-HBc (IgM e IgG),
- Resultado de exames de imagem com data (se realizado).

## **Doenças Fúngicas Sistêmicas**

### **1. Paracoccidioidomicose e Histoplasmose:**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com perda ponderal, febre e acometimento pulmonar com 3 pesquisas de BAAR no escarro negativas;
- Paciente com dispneia aos grandes esforços, tosse e imagem sugestiva de infecção fúngicas;
- Pacientes com lesões cutâneas únicas ou múltiplas, esparsas ou agrupadas, em face, tronco e Membros, podendo se apresentar como úlceras, pápulas, nódulos, vegetações ou verruciformes;
- Pacientes com sinais de insuficiência adrenal (indisposição, fadiga, anorexia, perda ponderal, hiperpigmentação de pele e mucosas) excluídas outras causas;
- Pacientes com síndrome consuptiva, apresentando infiltração gengival de aspecto moriforme.

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada incluindo tempo de início dos sintomas, além de sinais e outros achados no exame físico, incluindo acometimento respiratório ou lesões de pele.
- Resultado de exames laboratoriais com data: hemograma, bioquímica, sorologia para HIV, Hepatites virais, teste treponêmico
- TC de tórax com laudo e data do exame;
- Pesquisa de BAAR no escarro (3 amostras)
- Pesquisa de BAAR no LBA (se houver)
- Sorologia para Histoplasmose e Paracoccidioidomicose (se houver)
- Biópsias de fragmentos de tecidos (se houver)

### **2. Criptococose**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com diagnóstico de Criptococose pulmonar sem sinais de insuficiência respiratória, já tratados em regime hospitalar (fase de indução), que necessitem de acompanhamento das fases de consolidação e manutenção do tratamento;
- Pacientes com diagnóstico de Neurocriptococose, já tratados em regime hospitalar (fase de indução), sem sinais de hipertensão intracraniana, que necessitem de acompanhamento das fases de consolidação e manutenção do tratamento.

#### **Condições mínimas que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com sinais, sintomas, tempo de evolução, tratamento realizados;
- Resultado de rotina para Líquor e pesquisa direta para fungos;
- Resultado pesquisa para fungos em LBA ou fragmento de tecido.

### **3. Aspergilose**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Aspergilose pulmonar invasiva e/ou traqueobrônquica em pacientes Imunossuprimidos que não apresentem neutropenia ou sinais de comprometimento sistêmico grave.

**Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada incluindo tempo de início dos sintomas, além de sinais e outros achados no exame físico, incluindo acometimento respiratório;
- Resultado de exames laboratoriais com data: hemograma, bioquímica, sorologia para HIV, Hepatites virais, teste treponêmico;
- Resultado de TC de tórax;
- Pesquisa de BAAR no escarro (3 amostras);
- Pesquisa de BAAR no LBA (se houver);
- Sorologia para Histoplasmosose e Paracoccidioidomicose (se houver);
- Biópsias de fragmentos de tecidos (se houver)

**XXI. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)****1. Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite:****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Candidíase vulvovaginal de repetição e/ou refratária ao tratamento instituídos na atenção primária, e/ou com isolamento de Candida não-albicans;
- Vaginose bacteriana e/ou vulvovaginite refratária ao tratamento na atenção primária, previamente avaliada por médico Ginecologista, que fará encaminhamento para Infectologia (se necessário);
- Cervicite previamente diagnosticada e tratadas por médico Ginecologista sem sucesso.

**Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com início dos sintomas, frequência dos episódios e tratamentos instituídos, histórico de diabetes ou outras causas de imunossupressão.
- Resultado de citologia a fresco, culturas de material colhido em endocérvice.
- Sorologia para HIV, hepatites virais, teste treponêmico e VDRL.

**2. Infecções que causam corrimento Uretral:****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Pacientes com Uretrite Gonocócica o não-gonocócica refratários aos tratamentos instituídos na atenção primária, descartadas as possibilidades de reinfeção, e tratamento inadequado.

**Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com início dos sintomas, frequência dos episódios e tratamentos instituídos para o paciente e parcerias sexuais, histórico de diabetes ou outras causas de imunossupressão.
- Resultado de bacterioscopia e cultura de corrimento uretral.
- Sorologia para HIV, hepatites virais, teste treponêmico e VDRL.

**3. Úlceras Genitais:****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial:**

- Herpes genital de repetição;
- Úlceras genitais refratárias ao tratamento sindrômico para Herpes genital, Sífilis, Cancróide, Linfogranuloma venéreo e Donovanose, com presença ou não de adenite inguinal.

**Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica detalhada, com início dos sintomas, frequência dos episódios e tratamentos instituídos para o paciente e parcerias sexuais, histórico de diabetes ou outras causas de imunossupressão.
- Resultado de bacterioscopia do exudato seroso de úlceras
- Sorologia para HIV, hepatites virais, teste treponêmico e VDRL (Sífilis).

## CONCLUSÃO

1. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame sico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nesta Nota Técnica. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas nos encaminhamentos.
2. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. Falta de condições para prover tratamento também devem ser consideradas como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.
3. Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à infectologia os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Infectologia na SES/DF

## ELABORADORES:

Lívia Vanessa Ribeiro Gomes Pansera - RTD Infectologia SES/DF

**Colaboradores:** Nycole Filincowsky Ribeiro - Enfermeira GESAMB/DASIS; Cláudia Neto Gonçalves da Silva - Médica Infectologista NCIH/HRL; Eveline Fernandes do Nascimento Vale - Médica Infectologista, Hospital de Base/IGESDF; José David Urbaz Brito - Médico Infectologista, DVEP-GEVIST/Hospital Dia; Flávia Oliveira Costa - Médica Infectologista, NCIH-HRGU/Policlínica de Taguatinga



Documento assinado eletronicamente por **NYCOLE FILINCOWSKY RIBEIRO - Matr.1663109-9, Gerente de Serviços Ambulatoriais-Substituto(a)**, em 03/03/2020, às 11:24, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA - Matr.0186146-8, Referência Técnica Distrital (RTD) Infectologia**, em 03/03/2020, às 19:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA MARTINS DE SIQUEIRA CHAGAS - Matr.1690168-1, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 03/03/2020, às 20:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ELAINE SIMONE MEIRA BIDA - Matr.0154351-2, Diretor(a) de Serviços de Saúde Mental**, em 04/03/2020, às 17:41, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MOEMA LIZIANE SILVA CAMPOS - Matr.0158991-1, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 18/03/2020, às 15:27, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0&verificador= 36388016](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=36388016) código CRC= 65DEE976.

