



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Assessoria de Redes de Atenção à Saúde  
Grupo Conductor Distrital da Rede Cegonha

Nota Técnica N.º 1/2023 - SES/SAIS/ARAS/GCDRC

Brasília-DF, 29 de março de 2023.

**Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no Distrito Federal**

**Esta Nota Técnica tem como objetivo atualizar as orientações da Nota Técnica N.º 9/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST em relação ao manejo clínico dos casos de sífilis congênita e criança exposta a sífilis no Distrito Federal.**

**Contextualização**

A sífilis congênita continua sendo um grave problema de saúde pública mundial e as ações para a sua prevenção envolvem o controle da sífilis na comunidade e em gestantes, durante o pré-natal.

A maioria das pessoas com sífilis adquirida são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. A probabilidade de transmissão vertical (intraútero) é mais frequente na sífilis recente, de 70 a 100%, e se reduz com a evolução da doença, passando para 30% na sífilis tardia. Também pode ocorrer transmissão durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão da sífilis no canal de parto.

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário, com mais treponemas circulantes) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Até 50% das gestações em mulheres com sífilis não tratada terão desfechos gestacionais adversos.

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Primária à Saúde (APS) e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

Em 2021, no Distrito Federal (DF), foram notificados 337 casos de sífilis congênita, um número maior de ocorrência (62 casos) em relação a 2020. O coeficiente de detecção (CD) vem apresentando crescimento desde 2017, sem sinais de desaceleração.

O aumento no número de casos de sífilis congênita, associado ao incremento na detecção da sífilis em gestantes (de 9,3 em 2017, para 22,0 em 2021, por 1.000 NV), tem mostrado que as ações que vêm sendo realizadas no DF para a eliminação da sífilis congênita ainda não são suficientes para o controle e eliminação da doença. O manejo qualificado dessa Infecção requer um olhar ampliado para a compreensão do contexto biopsicossocial no qual se desenvolve, considerando que há também uma relação direta entre os determinantes sociais de saúde (escolaridade, habitação, raça/cor, trabalho etc.) e a exposição à sífilis, levando a existência de grupos de gestantes mais vulneráveis. Desse modo, a participação da equipe multiprofissional durante o acompanhamento de gestantes e recém-nascidos expostos à sífilis é fundamental.

Esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar as atualizações e orientações no manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Distrito Federal (Figura 1), em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (PCDT-TV) e de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) do Ministério da Saúde.

**Recomendações para a Atenção Primária à Saúde**

1. Importante ressaltar que gestantes com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas. Além disso, títulos baixos também são encontrados na infecção recente (anticorpos circulando em baixas concentrações).

2. A análise isolada do título de um único resultado de teste não treponêmico (ex.: VDRL) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas.

3. Há que se incorporar a ideia de que títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações:

(i) infecção recente;

(ii) estágios tardios da infecção (sífilis tardia); e

(iii) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação (esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado "cicatriz sorológica").

4. Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. **Os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.**

5. Importante ressaltar que gestantes tratadas com outros medicamentos que não penicilina serão consideradas com tratamento inadequado para o recém-nascido e este será classificado como caso de sífilis congênita.

6. O monitoramento da gestante pós-tratamento, com teste não treponêmico, deve ser realizado mensalmente (Quadro 1) e permite avaliar se ocorreu resposta imunológica adequada, uma vez que, mesmo com o tratamento adequado na gravidez, em cerca de 14% dos casos poderá ocorrer óbito fetal ou nascimento de crianças com evidências clínicas de sífilis congênita.

Os principais fatores relacionados à falha terapêutica da sífilis materna são:

(i) coinfeção HIV-sífilis;

(ii) estágios precoces da sífilis;

(iii) altos títulos de teste não treponêmico (VDRL) no momento do tratamento e no parto;

(iv) gravidade da doença fetal (hidropisia, hepatomegalia, espessamento placentário, ascite e anemia fetal);

(v) tratamento realizado após a 24ª semana gestacional;

(vi) esquema terapêutico com subdoses para a fase clínica (inadequado).

7. O monitoramento mensal das gestantes (Quadro 1) permite avaliar a queda da titulação, mas, também tem o intuito de descartar o aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da gestante e das parcerias sexuais.

8. Após o parto, as puérperas devem ser seguidas com teste não treponêmico trimestral, até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).

9. Ressalta-se que “cicatriz sorológica” é a persistência de resultados reagentes em testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos após o tratamento anterior documentado, adequado para a classificação clínica da sífilis, com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições e descartada a possibilidade de reinfecção no período analisado. **Salienta-se que para definição de “cicatriz sorológica” não deve ser considerada informação verbal sobre tratamento realizado anteriormente.**

10. Estimular a participação da parceria sexual durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da gestante, do bebê e da parceria. Quando as parcerias sexuais não são tratadas podem levar à reinfecção das gestantes, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos. No Distrito Federal, apenas **40%** das parcerias sexuais de gestantes foram tratadas no último ano.

11. Testar, tratar, acompanhar e orientar parcerias sexuais. **Lembrar que parcerias sexuais de casos de sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes, portanto devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de benzilpenicilina benzatina intramuscular (2.400.000 UI).** Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico, seguimento trimestral com teste não treponêmico e notificação do caso.

12. Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento. **Pode-se considerar tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses for de até 9 dias. Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo.**

13. O risco de reinfecção por sífilis deve ser acompanhado durante todo o período do pré-natal. Oferecer preservativos e orientar a gestante sobre técnicas de uso em todas as relações sexuais para evitar reinfecção.

14. É importante que as gestantes com a infecção e em situação de vulnerabilidade social sejam acompanhadas pela equipe multiprofissional da unidade de saúde visando o mapeamento precoce dos determinantes sociais de saúde que possam contribuir ou interferir no processo de cuidado da sífilis. Se faz importante o olhar atento dos profissionais para os fatores que levam a não adesão ao tratamento dessa IST, como exemplo: baixa escolaridade da gestante e parcerias, dificuldades no acesso à unidade de saúde, situações de violências, contexto de uso de álcool e outras drogas, dentre outros, a fim de formular intervenções qualificadas a cada contexto.

#### Recomendações para maternidades e casa de parto

15. Avaliar criteriosamente o **tratamento materno documentado** (caderneta da gestante, prontuário da paciente). **NÃO deve ser considerada informação verbal.** Avaliar se o tratamento da gestante foi finalizado antes do parto e realizado com benzilpenicilina benzatina, de acordo com a classificação clínica e iniciado até 30 dias antes do parto (Quadro 1). Checar as datas de aplicação do medicamento, as doses aplicadas, os resultados e datas de testes para sífilis durante o pré-natal – teste treponêmico e não treponêmico (titulação no diagnóstico e no seguimento após o tratamento) – e tratamento das parcerias sexuais. **Elevação dos títulos de teste não treponêmico (VDRL) em duas diluições ou mais (ex.: título do último teste no pré-natal = 1:4 e na maternidade = 1:16) pode significar: reinfecção, falha terapêutica ou tratamento inadequado.**

16. Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento. **Pode-se considerar tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses for de até 9 dias. Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo.**

17. O tratamento de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação não garante proteção contra uma nova infecção no período gestacional. Também a manutenção de títulos baixos e estáveis de testes não treponêmicos (VDRL) durante a gestação não é garantia de tratamento realizado adequadamente ou da não ocorrência de falha terapêutica. Portanto, independentemente do histórico materno de tratamento prévio, todos os recém-nascidos de mães com sorologias reagentes para sífilis no momento do parto, devem realizar o teste não treponêmico (VDRL) no sangue periférico logo após o nascimento.

18. Considerando que não existe um exame laboratorial que determine o diagnóstico de sífilis congênita, faz-se necessária uma avaliação criteriosa do histórico materno sobre o diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação, comparação dos testes não treponêmicos em sangue periférico pareados da mãe e do recém-nascido e minucioso exame físico da criança. Lembrar que a maior parte das crianças com sífilis congênita é assintomática ao nascer, cerca de **68,5%** dos casos no Distrito Federal em 2021.

19. Em crianças, o título de teste não treponêmico (VDRL) maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, recém-nascido maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. Entretanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico da doença, uma vez que, alguns estudos demonstraram que menos de 30% dos recém-nascidos com sífilis congênita possuem resultados pareados de títulos de teste não treponêmico (VDRL) maiores que o materno em duas diluições.

20. A investigação do recém-nascido e a conduta para o caso devem seguir o fluxograma descrito na Figura 1 e o tratamento de acordo com os Quadros 2 e 3. Ressalta-se a importância da avaliação criteriosa do tratamento materno adequado para sífilis (Quadro 1), da realização de exame físico minucioso no recém-nascido, assim como, outros exames laboratoriais que se fizerem necessários na avaliação clínica, como: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc.

21. A alta do recém-nascido deve ser qualificada, para dar continuidade do atendimento na Atenção Primária a Saúde. Importante realizar a contrarreferência, com consulta agendada e resumo de alta completo (incluindo resultados de exames), de modo a garantir o seguimento clínico e laboratorial da criança exposta a sífilis ou com sífilis congênita na puericultura.

#### Recomendações para Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária - puericultura

22. É essencial garantir o seguimento clínico e laboratorial, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, de TODAS as crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita, pelo menos até os 18 meses de idade, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento realizado na maternidade.

23. O seguimento clínico das crianças expostas ou com sífilis congênita deve ser realizado com consultas na rotina da puericultura: 1ª semana de vida e nos meses: 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, com retorno para checagem de exames, se for o caso.

24. Deve ser realizado o seguimento laboratorial das crianças expostas ou com sífilis congênita com teste não treponêmico (VDRL) nos meses: 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.

25. É importante a realização de teste treponêmico após os 18 meses de idade, especialmente em crianças que não preencheram critério para tratamento, na maternidade. Na ocorrência de resultado reagente, estas crianças devem ser investigadas, tratadas e notificadas.

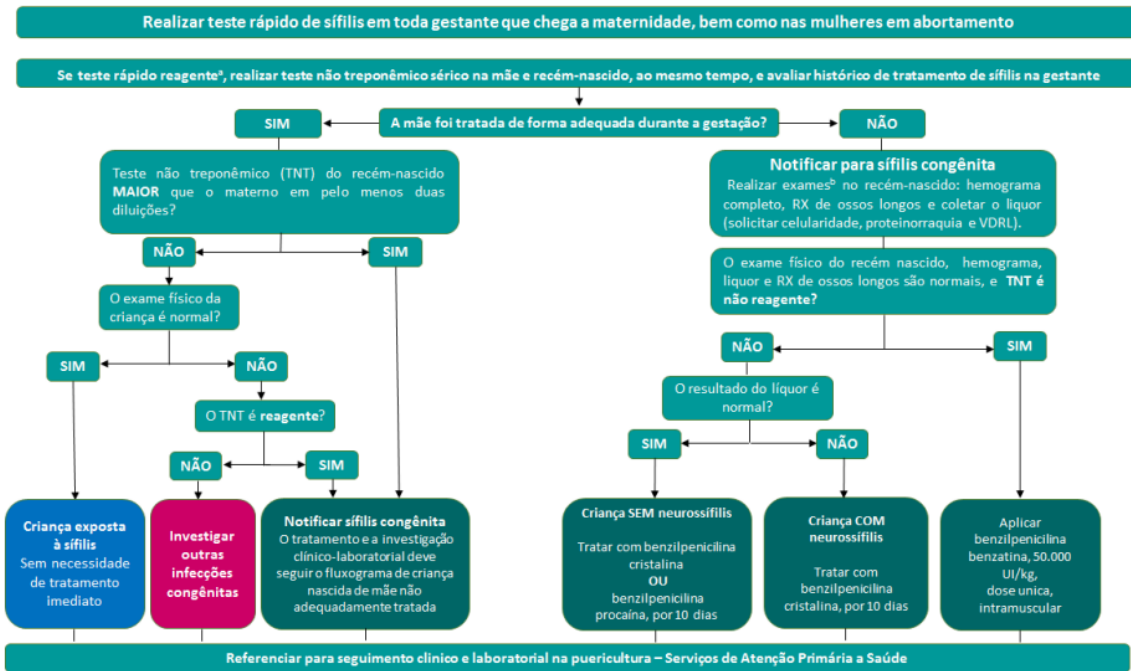
26. A sífilis congênita pode trazer complicações para a criança, sendo importante que os casos sejam avaliados por especialistas no seguimento pós-neonatal, a cada seis meses, durante dois anos. As avaliações são necessárias para detectar alterações oftalmológicas (coriorretinite, glaucoma, atrofia óptica, ceratite intersticial), audiológicas (perda auditiva sensorial) e neurológicas (atraso no desenvolvimento psicomotor). No caso de alteração do líquido cefalorraquidiano na maternidade, deve-se repetir a punção lombar a cada 6 meses até a normalização bioquímica, citológica e sorológica.

#### Recomendações para vigilância epidemiológica

27. Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme Figura 2. As crianças expostas **DEVEM** ser notificadas aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização para o monitoramento do seguimento, entretanto, recomendamos não incluir no Sinan.

28. Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve ser notificada durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou no pós-parto, a maternidade/casa de parto deve notificar as parturientes/puérperas com sífilis. **Também devem ser notificadas na maternidade/casa de parto as que tiveram o diagnóstico no pré-natal, mas sem registro de notificação. Portanto, para evitar duplicidade de casos, recomenda-se que seja anotado o número do Sinan na caderneta da gestante.** Ressalta-se que a notificação da parturiente ou puérpera deve ser realizada na Ficha de notificação/investigação de gestante com sífilis.

**Figura 1** - Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no momento do parto.



Fonte: Adaptado do DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT = Teste não treponêmico em sangue periférico.

\*Realizar TNT em sangue periférico em todos recém-nascidos de mãe com teste rápido e/ou TNT reagente no momento do parto, independentemente de tratamento prévio realizado.

<sup>b</sup>Realizar outros exames laboratoriais quando necessários (por exemplo: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc).

Quadro 1 - Tratamento e monitoramento de sífilis em gestantes\*

| ESTADIAMENTO  | ESQUEMA TERAPÊUTICO  | SEGUIMENTO                     | OBSERVAÇÕES   |
|---|--|--------------------------------|---|
| <b>Sífilis recente:</b> sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de evolução).                                    | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas. <sup>1</sup><br><br><b>Dose total:</b> 4,8 milhões UI, IM   | Mensal (teste não treponêmico) | Certas evidências indicam que uma terapia adicional é benéfica para prevenir sífilis em gestantes. Para mulheres que têm doença primária, secundária ou latente recente, uma segunda dose de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM pode ser administrada uma semana após a dose inicial. <sup>1,12</sup>  |
| <b>Sífilis tardia:</b> sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária. | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. <sup>1-3</sup><br><br><b>Dose total:</b> 7,2 milhões UI, IM | Mensal (teste não treponêmico) | Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento. <sup>1-3,12</sup><br><br>Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo. <sup>12</sup> |

\*Tratamento materno adequado: Tratamento completo e finalizado antes do parto, realizado com benzilpenicilina benzatina (penicilina G benzatina), de acordo com a classificação clínica da sífilis materna e iniciado até 30 dias antes do parto.

Quadro 2 - Tratamento da sífilis congênita no período neonatal

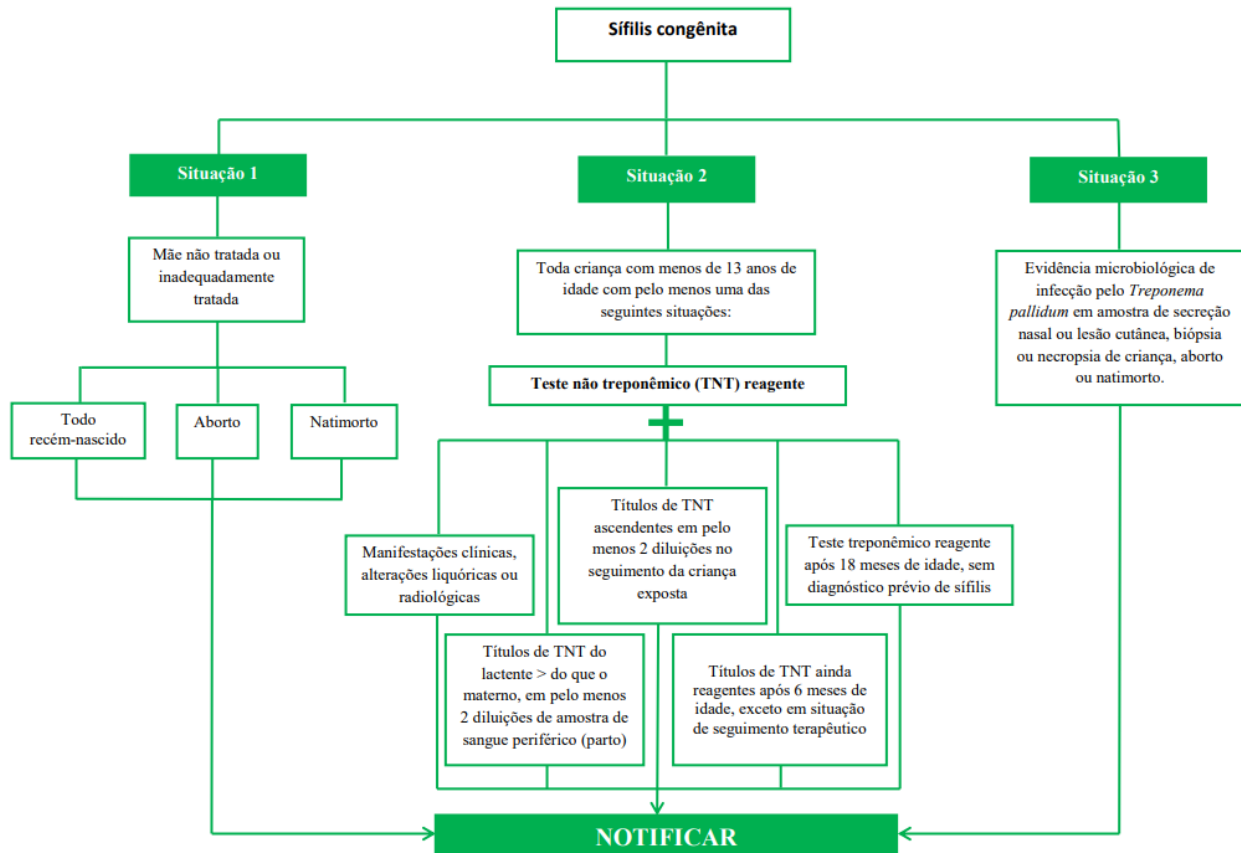
| ESQUEMA TERAPÊUTICO  | INTERVALO ENTRE AS DOSES   | DURAÇÃO | OBSERVAÇÕES  |
|--|--|---------|--|
| Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV) | 12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida)* | 10 dias | Crianças COM ou SEM neurosífilis   |
| Benzilpenicilina procaina 50.000 UI/kg, intramuscular (IM)             | 1 vez por dia  | 10 dias | Crianças SEM neurosífilis<br>É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.   |
| Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular (IM)            | dose única   |         | Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais (líquor, RX de ossos longos, hemograma etc) e teste não treponêmico NÃO REAGENTE ao nascimento. |

\*Intervalo de 12/12 h até o 7º dia de vida, passando para 8/8h a partir do 8º dia de vida até completar 10 dias de tratamento. Recém-nascido entre o 8º e o 28º dia de vida inicia o tratamento com intervalo entre as doses de 8/8h por 10 dias.

Quadro 3 - Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal

| ESQUEMA TERAPÊUTICO  | INTERVALO ENTRE AS DOSES | DURAÇÃO | OBSERVAÇÕES                      |
|--|--------------------------|---------|----------------------------------|
| Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV) | 4/4h a 6/6h              | 10 dias | Crianças COM ou SEM neurosífilis |

Figura 2 - Fluxograma para notificação de sífilis congênita, segundo situação de definição de caso para vigilância epidemiológica no Brasil.



Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

Lafeta KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1):63-74.

Morshed MG, Singh AE. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. Clin Vaccine Immunol. 2015;22(2):137-147.

SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Informativo Epidemiológico Sífilis 2022.

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep.2021;70 (4):39-60



Documento assinado eletronicamente por **DANIELA MENDES DOS SANTOS MAGALHAES - Matr.0156496-X, Membro do Grupo Condutor suplente**, em 05/04/2023, às 12:21, 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 BARRA LONTHFRANC - Matr.1709371-6, Membro do Grupo Condutor**, em 05/04/2023, às 12:22, 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 **VIVIANE TOBIAS ALBUQUERQUE - Matr.0198911-1, Membro do Grupo Condutor**, em 05/04/2023, às 13:32, 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 **PRISCILA NAVES DOMINGUES - Matr.1693212-9, Membro do Grupo Condutor**, em 06/04/2023, às 20:43, 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 **MIRIAM OLIVEIRA DOS SANTOS - Matr.0133673-8, Membro do Grupo Condutor**, em 10/04/2023, às 12:44, 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 **GABRIELLE OLIVEIRA MEDEIROS DE MENDONCA - Matr.0179750-6, Coordenador(a) do Grupo Condutor**, em 10/04/2023, às 14:13, 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 **FABIANA MACEDO CARTAPATTI - Matr.0137836-8, Membro do Grupo Condutor**, em 10/04/2023, às 15:20, 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 **MICHELE DA COSTA MARTINS - Matr.0164717-2, Membro do Grupo Condutor**, em 10/04/2023, às 15:56, 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 **CAROLINA DE AZEVEDO PEDROSA CUNHA - Matr.0147382-4, Membro do Grupo Condutor suplente**, em 11/04/2023, às 16:43, 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 **ALICE PONTE LIMA - Matr.1687622-9, Membro do Grupo Condutor**, em 12/04/2023, às 20:11, 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
 verificador= **109384815** código CRC= **5E47D540**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF