

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Nota Técnica SEI-GDF n.º 9/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS

Brasília-DF, 27 de agosto de 2018

Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Pneumologia no Adulto**DO OBJETIVO**

1. 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 para a especialidade de Pneumologia no Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
2. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de Pneumologia no adulto. 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 nos protocolos. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.
3. Pacientes com diagnóstico e suspeita de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) muito grave (Volume Expiratório Forçado – VEF1 menor que 30% do previsto) ou complicada (suspeita de *cor pulmonale* ou avaliação de oxigenoterapia domiciliar), asma de difícil controle/grave e suspeita de doença intersticial pulmonar devem ter preferência no encaminhamento ao pneumologista, quando comparados a outras condições clínicas previstas nos protocolos.
4. Deve ser orientado ao paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e motivo de encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.
5. Os quadros e figuras citados no corpo do texto estão no anexo desta nota técnica.

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**6. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:**

- DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação da DPOC no último ano, em uso de corticosteróide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação); ou
- DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto); ou
- paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC ou pontuação maior ou igual a 10 na Ferramenta de Avaliação da DPOC (CAT), ver quadro 2 e figura 1, no anexo), mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticosteróide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação); ou
- suspeita de *cor pulmonale* (ver quadro 3, no anexo); ou
- avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise), já com resultado de gasometria arterial em ar ambiente e em repouso.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises; pontuação na escala de dispneia mMRC ou no instrumento de avaliação da DPOC (CAT) (ver quadro 2 e figura 1, no anexo); outras alterações relevantes);
- Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
- Medicações em uso para DPOC (profiláticas e de alívio);
- Número de exacerbações com uso de corticosteroide oral e antibioticoterapia, no último ano;
- Quantidade de internações ou atendimentos de emergência no último ano por exacerbação da DPOC;
- Descrição da espirometria, com data;
- Descrição da radiografia de tórax, com data;
- Se avaliação para oxigenoterapia, descrever duas medidas de saturação de oxigênio e no mínimo uma gasometria arterial, ressaltando PaO2 e SpO2, com o paciente fora de exacerbação (paciente estável), em ar ambiente e em repouso, com data.

7. Asma Brônquica**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:**

- Asma de difícil controle (tratamento clínico em estágio 5, conforme Figura 2); ou
- Asma grave (paciente que necessita manter tratamento nos estágios 4 e 5 por mais de 6 meses para controle dos sintomas); ou

- Pacientes com indicadores de fatalidade (ver quadro 4, no anexo); ou
- Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação a atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
- Tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Número de exacerbações com uso de corticosteróide oral no último ano;
- Quantidade de internações ou procura a serviços de emergência no último ano;
- Paciente apresenta indicadores de fatalidade (sim ou não) (ver quadro 4, no anexo). Se sim, quais;
- Descrição da espirometria, com data;
- Descrição da radiografia de tórax, com data.

8. Alterações em exames complementares**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:**

- Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar intersticial (ver quadro 6, no anexo); ou
- Alterações em exames complementares que geram dúvida diagnóstica.

Atenção: Achados isolados em exame de imagem - como cicatrizes de tuberculose, nódulo calcificado, espessamento pleural e atelectasia laminar - geralmente são achados benignos e não necessitam investigação com pneumologista. Nesses casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco que sugiram seguimento para investigação.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
- Exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar atual ou prévio (sim ou não). Se sim, indicar qual;
- História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;
- História familiar de neoplasia pulmonar (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco;
- Descrição do exame de imagem de tórax mais recente, com data;
- Descrição de exame de imagem de tórax prévio, quando disponível, com data.

9. Tosse crônica e dispneia**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:**

- Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC); ou
- Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.

Atenção: Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado, inicialmente, na APS. Se necessário, será encaminhado para serviço de Tisiologia de referência de cada Regional de Saúde.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);
- Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
- Descrição de exame de imagem de tórax, com data;
- Descrição de espirometria, com data;
- Se presença de dispneia, resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;
- Se presença de tosse:
 - Descrever resultado do BAAR, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos);
 - Utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA (sim ou não). Se sim, qual;
- Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma.

10. Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:**

- Suspeita de SAHOS moderado/grave

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Presença de roncos (sim ou não);
- Presença de sonolência diurna (sim ou não). Se sim, descrever em que períodos/atividades isso ocorre e a frequência semanal;
- Presença de pausas respiratórias durante o sono (sim ou não);
- Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
- Profissão do paciente;
- Resultado de polissonografia, com data (se realizado).

11. Tabagismo

Atenção: Tabagismo é condição de saúde sensível às ações na Atenção Primária à Saúde. É na APS que se deve fornecer tratamento apropriado para a condição, tendo como potencializador de sua efetividade a facilidade de acesso e o vínculo do paciente com a equipe prestadora do cuidado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Falência de tratamento na APS (5 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento; e
- Idade superior a 18 anos; e
- Teste Fagerström acima de 6; e
- Motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação); e
- Ausência de comorbidade psiquiátrica importante ou dependência de drogas (incluindo álcool).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Número de cigarros/dia e idade de início do tabagismo;
- Pontuação no Teste de Fagerström;
- Estágio de motivação para cessação do tabagismo;
- Descrição das doenças relacionadas ou agravadas pelo tabagismo, se presentes, incluindo doenças não respiratórias;
- Apresenta comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, está controlada?
- Tratamentos anteriormente realizados para cessação do tabagismo;
- Relato do número de vezes que o paciente já tentou parar de fumar;

12. Doenças Pulmonares Intersticiais

Grupo numeroso e heterogêneo de patologias, caracterizadas pelo desenvolvimento de infiltrados celulares, e/ou pela deposição de matriz extracelular, nos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais. Como todos esses processos acometem as mesmas regiões dos pulmões, eles adquirem características clínicas, radiológicas e funcionais muito semelhantes, o que não só justifica a sua inclusão num único grupo, como também explica as dificuldades envolvidas com os seus diagnósticos específicos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Paciente com queixa de dispneia há meses ou anos, que piora com a realização de atividades físicas, como andar longas distâncias no plano ou subir escadas (mMRC 1 no mínimo), associada ou não a exposições de agentes inaláveis conhecidos; ou
- Presença de crepitações pulmonares finas bilaterais; e
- Alterações em exames complementares sugestivas de doença pulmonar intersticial (quadro 6).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade e sexo do paciente;
- Exposição ambiental a poeiras orgânicas ou inorgânicas? (sim ou não);
- Uso crônico de medicamentos ou drogas ilícitas? Sim ou não. Qual(is)?;
- Tabagismo? (sim ou não);
- Descrição completa do(s) achado(s) radiológicos do tórax com imagens;
- Descrição completa da espirometria, se disponível.

13. Circulação Pulmonar (Hipertensão Arterial Pulmonar)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Pacientes com queixa de dispneia aos esforços, dor precordial, tontura e/ou síncope; e
- Sinais clínicos e/ou eletrocardiográficos de insuficiência cardíaca direita sem causa evidente; e
- Ecocardiograma bidimensional sugerindo uma pressão média da AP (PMAP) ≥ 25 mmHg em repouso; ou
- Suspeita de cor pulmonale (quadro 3).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade e sexo do paciente;
- Descrição completa dos achados clínicos;
- Descrição completa dos achados eletro e/ou ecocardiográficos, mostrando dados objetivos que sugiram a suspeita clínica, tais como sobrecarga direita, aumento de ventrículo direito, PsAP acima de 35 mmHg;
- Uso crônico de drogas ilícitas ou medicamentos de uso contínuo? Sim ou não. Qual(is)?

14. Fibrose Cística

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Pacientes encaminhados pela equipe de fibrose cística do Hospital da Criança de Brasília – HCB (aos 17 anos é iniciada a transição para a Equipe de Fibrose Cística de Adultos do IHBDF, com consultas intercaladas entre o HCB e o IHBDF);
- Pacientes com diagnóstico ou suspeita diagnóstica provenientes de outras unidades da Federação com residência atual no DF.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade e sexo do paciente;
- Idade do diagnóstico;
- Tratamento atual? (sim ou não). Qual(is)?

15. Tuberculose (casos graves e/ou com indicação de internação)

O tratamento da Tuberculose Pulmonar será feito sempre nas UBS de referência. Em casos suspeitos ou confirmados de resistência aos fármacos e/ou reações adversas graves e/ou indicação de tratamento em regime hospitalar, deverá obedecer os seguintes critérios:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Centro de Referência em Tuberculose:

- Suspeitas clínicas e radiológicas sem confirmação laboratorial que necessitem de broncoscopia;
- Estado geral que não permite tratamento em ambulatório;
- Intolerância aos medicamentos tuberculostáticos, incontrolável a nível ambulatorial;
- Meningoencefalite Tuberculosa;
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não a tuberculose que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar;
- Casos de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Idade e sexo do paciente;
- Idade do diagnóstico;
- Tratamento atual? (sim ou não). Qual(is)?
- Tempo de tratamento realizado;
- Reações adversas graves? Qual (is)?
- Outras condições relevantes que justifiquem internação.

DA CONCLUSÃO

16. Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Pneumologia no Adulto, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Pneumologia na SES/DF.

17. Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Pneumologia serão tratados em nota técnica específica.

18. Em tempo oportuno será publicado o Protocolo de Encaminhamento da Especialidade de Pneumologia no Adulto conforme determinações da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) da SES-DF.

Elaboradores: **Ricardo Brito Campos** – DASIS/COASIS/SAIS/SES – RTD Pneumologia; **Aclair Alves Ferreira Dallagrana** - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES - Equipe Técnica: Médica de Família e Comunidade; **Jorge Samuel Dias Lima** – DESF/COAPS/SAIS/SES – RTD Medicina de Família e Comunidade; **José Eudes Vieira** – DESF/COAPS/SAIS/SES – RTD Medicina de Família e Comunidade.

Bruno de Almeida Pessanha Guedes

DASIS/COASIS/SAIS/SES

Diretor

De acordo.

Fábio Vinicius Pires Micas da Silva

COASIS/SAIS/SES

Coordenador

Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda Moura

COAPS/SAIS/SES

Coordenadora

De acordo. Encaminhe-se ao Gabinete da SAA/SES/DF para autorização da implementação da proposta acima.

Martha Gonçalves Vieira

SAIS/SES

Subsecretária

Autorizo. Divulgue-se.

Marcus Vinicius Quito

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, M. G. Radiologia do câncer de pulmão. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 28, n. 2, mar/abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862002000200006&lng=en&nrm=iso>.

BENICH III, J. J.; CAREK, J. P. Evaluation of the patient with chronic cough. **American Family Physician**, Kansas, v. 84, n. 8, p. 887-92, 2011.

BENSON, R.A. et al. **Diagnosis and management of hyperhidrosis**. Clinical review. **British Medical Journal**, London, v. 347, F6800, Nov. 2013.

BERRY, M. F. **Evaluation of mediastinal masses**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-mediastinal-masses>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cirurgia Torácica e Pneumologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 31 p.: il. (**Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**; v. 5). Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_pneumologia_TSRS_20161121.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd25.pdf

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. Portland: GOLD, 2014. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/guidelinesglobal-strategy-for-diagnosis-management.html>.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global strategy for asthma management and prevention**, 2014. Cape Town: GINA, 2014. Disponível em: <http://www.ginasthma.org>.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

GRUFFYDD-JONES, K. Diretrizes de 2011 da GOLD: quais as implicações para o atendimento primário? **Primary Care Respiratory Journal**, Waterbeck, v. 21, n. 4, p. 437-441, 2012.

MACMAHON, H. et al. Guidelins for management of small pulmonary nodules detected on CT scans: a statement from the Fleischner Society. **Radiology**, Oak Brook, v. 237, n. 2, p.395-400, Nov. 2005.

MARTINEZ JAB. Doenças intersticiais pulmonares. *Medicina*, Ribeirão Preto, 31: 247-256, abr./jun. 1998.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. **Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma**. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Lung Cancer**: the diagnosis and treatment of lung cancer. NICE clinical guideline 121. London: NICE, 2011. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg121>.

NAIDICH, D. P. et al. Recomendatiois for the management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: a statement from the Fleichner Society. **Radiology**, Oak Brook, v. 266, n. 1, p. 304-317, Jan. 2013.

NETZER, N. C. et al. Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 131, p. 485-491, 1999.

PATEL, V. K. et al. A pratical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules – Part 1: Radiologic charateristics and imaging modalities. **CHEST**, Chicago, v. 143, n. 3, p. 825–839, 2013. Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1654290>.

PATEL, V. K. et al. A pratical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules – Part 2: Pretest probability and algorithm. **CHEST**, Chicago, v.143, n. 3, p. 840–846, 2013. Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1653826>.

SHIM, J. et al. A systematic review of symptomatic diagnosis of lung cancer, **Family Practice**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 137-148, 2013.

SILVA, C. I. S et al. **Tórax**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. (Série Colégio Brasileiro de Radiologia por Imagem).

SILVA, L. C. C. et al. **Pneumologia**: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, G. P. F. et al. Validação do teste de avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 39, supl. 4, p. s402-s408, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000400402&lng=en&nrm=iso>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma – 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 38, supl. 1, p. s1-s46, abr. 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=88>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, supl. 2, p. s1-s61, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320100014&script=sci_issuetoc>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, supl. 6, p. s403-s446, 2006. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=25>.

Smith, C. C., Parises, D. **Primary focal hyperhidrosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/primary-focal-hyperhidrosis>>.

VAZ, A. P. et al. Tradução do Questionário de Berlim para língua portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 59-65, 2011.

ZANCANELLA, E. et al. Apneia obstrutiva do sono e ronco primário: diagnóstico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 80, n. 1, supl. 1, p. s1-s16, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180886942014000800001&lng=en&nrm=iso>.

Weinberger, S. E. **Diagnostic evaluation and management of the solitary pulmonary nodule**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-and-management-of-the-solitary-pulmonary-nodule>>.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO BRITO CAMPOS - Matr.0154215-X**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Pneumologia**, em 29/08/2018, às 14:21, 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 **ACLAIR ALVES FERREIRA DALLAGRANNA - Matr.1440474-5**, **Médico(a) da Família e Comunidade**, em 30/08/2018, às 08:05, 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 **JOSE EUDES BARROSO VIEIRA - Matr.1681273-5**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina e Comunidade**, em 30/08/2018, às 10:21, 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 **JORGE SAMUEL DIAS LIMA - Matr.0190085-4**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina e Comunidade**, em 31/08/2018, às 09:27, 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.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO DE ALMEIDA PESSANHA GUEDES - Matr.1433116-0**, **Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 31/08/2018, às 17:31, 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 **FABIO VINICIUS PIRES MICAS DA SILVA - Matr.0189161-8**, **Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 03/09/2018, às 14:53, 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 **ALEXANDRA GOUVEIA DE OLIVEIRA MIRANDA MOURA - Matr.0140659-0, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 03/09/2018, às 16:56, 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 **MARTHA GONÇALVES VIEIRA - Matr.16809521, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 04/09/2018, às 08:42, 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 **MARCUS VINICIUS QUITO - Matr.0142678-8, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 10/09/2018, às 15:11, 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=11909345)
verificador= **11909345** código CRC= **EE6FD32F**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural sem número - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70086900 - DF