



## 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 10/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS

Brasília-DF, 16 de outubro de 2018

**Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta no ambulatório de pré-natal de alto risco e para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia.**

### DO OBJETIVO

1. Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que deverão ser observados para o encaminhamento das usuárias da atenção primária para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia e para atendimento na atenção secundária nos ambulatórios de pré-natal de alto risco da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).
2. Os motivos mais comuns que justificam o encaminhamento ao especialista que será objeto desta Nota Técnica são: hipertensão em gestantes; diabetes em gestantes; anemias em gestantes; Hipotireoidismo e hipertireoidismo na gestação; abortamento recorrente e incompetência istmo-cervical; hepatites B e C em gestantes; HIV em gestantes; toxoplasmose em gestantes; condiloma acuminado/verrugas virais em gestantes; isoimunização Rh; sífilis em gestantes; alterações ecográficas na gestação; condições clínicas de risco à gestação atual; condições clínicas de risco em gestação prévia.
3. Os critérios de encaminhamento para o pré-natal de alto risco e para o atendimento de urgência descritos abaixo foram validados pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SES-DF.

### DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

#### 4. Hipertensão em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia;
- Crise hipertensiva (PAS $\geq$ 160 mmHg e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o ambulatório de pré-natal de alto risco (PNAR):**

- Hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
  - lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo ou retinopatia);
  - uso de 2 ou mais fármacos anti-hipertensivos;
  - suspeita de hipertensão secundária;
  - diagnóstico de diabetes mellitus ou gestacional associados;
  - mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação

em CTI durante a gestação).

- Hipertensão gestacional:

- diagnosticada após a 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia);

- diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica);

- com mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação).

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

- Idade gestacional;
- Idade gestacional do diagnóstico de hipertensão na gestação;
- Duas medidas de pressão arterial com data;
- Resultado de proteinúria ou EAS com data;
- Medicamentos em uso para hipertensão;
- Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI).

## 5. Diabetes em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Diagnóstico de diabetes mellitus (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum  $\geq 126$  mg/dl);
- Diabetes gestacional e:

- Ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas por 02 semanas;

- Gestante com hipertensão crônica;

- USG com sinais de diabetes gestacional (circunferência abdominal fetal ou peso fetal estimado acima do percentil 75 ou polidramnia).

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

- Idade gestacional;
- Diagnóstico de diabetes prévio à gestação (sim ou não);
- Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
- Descrição do tratamento não farmacológico.

## 6. Anemias em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Anemia com sinais ou sintomas de gravidade (como dispneia, taquicardia, hipotensão);
- Crise falcêmica (é o sintoma mais frequente da doença falciforme causado pela obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelos glóbulos vermelhos em forma de foice. A dor é mais frequente

nos ossos e nas articulações, podendo, porém, atingir qualquer parte do corpo. Essas crises têm duração variável e podem ocorrer várias vezes ao ano. Geralmente são associadas ao tempo frio, infecções, período pré-menstrual, problemas emocionais, gravidez ou desidratação).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias;
- Hemoglobina (Hb) <8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade;
- Hb entre 8 e 11 g/dl sem melhora após tratamento (Sulfato Ferroso 200 mg/dia por 60 dias).

Obs.: NÃO HÁ INDICAÇÃO DE REFERENCIAR AO PNAR GESTANTES COM TRAÇO FALCIFORME.

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

- Idade gestacional;
- Diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (se houverem);
- Resultado de eletroforese de Hb (se realizado), com data;
- Resultado de hemograma, com data:
  - Se Hb entre 8 e 11 g/dl, descrever 2 hemogramas com intervalo mínimo de 60 dias;
  - Se Hb menor que 8 g/dl, descrever apenas tal exame.
- Tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração.

### **7. Hipotireoidismo e hipertireoidismo na gestação**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Paciente com hipotireoidismo sem controle após 04 semanas de ajuste da dose da levotiroxina para 50 mcg/dia;
- Paciente com TSH  $\geq 10$  mUI/l + mixedema;
- Paciente com hipertireoidismo (TSH  $\leq 0,5$  mUI/l).

Obs.: NÓDULOS TIREOIDEANOS SEM REPERCUSSÃO HORMONAL PODEM SER ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

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

- Idade gestacional;
- Resultado de TSH, com data;
- Resultado de T4 livre ou total, com data;
- Tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia).

### **8. Abortamento recorrente e Incompetência Istmo-cervical (IIC)**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Gestante com história de abortamento recorrente:
  - perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana em mulheres com menos de 35 anos; ou

- perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes da 20ª semana em mulheres com 35 anos ou mais.

- Presença de comorbidades que aumentem o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide;
- História prévia de incompetência istmo-cervical (dilatação indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo);

Obs.: GESTANTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EXCETO SE CAUSADO POR FATOR TRANSITÓRIO COMO TRAUMA, IMOBILIDADE OU CIRURGIA) DEVE INICIAR TRATAMENTO PROFILÁTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO AGUARDA CONSULTA NO PNAR: ENOXAPARINA 40 MG SC 1 VEZ AO DIA OU HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI SC 2 VEZES AO DIA.

Obs.: GESTANTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EXCETO SE CAUSADO POR FATOR TRANSITÓRIO COMO TRAUMA, IMOBILIDADE OU CIRURGIA) DEVE INICIAR TRATAMENTO PROFILÁTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO AGUARDA CONSULTA NO PNAR: ENOXAPARINA 40 MG SC 1 VEZ AO DIA OU HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI SC 2 VEZES AO DIA.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Colo curto (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio).

Obs.: NA EMERGÊNCIA SERÁ AVALIADA A NECESSIDADE DE CERCLAGEM UTERINA E APÓS, A PACIENTE SERÁ ENCAMINHADA AO PNAR.

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

- Idade gestacional;
- Número de abortamentos anteriores e idade gestacional em cada um;
- Outras comorbidades que aumentam o risco de abortamento (sim ou não);
- História de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial (se houver);
- História ou suspeita de incompetência istmo-cervical (se houver).

## 9. Hepatites B e C em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Hepatite viral crônica por vírus B;
- Hepatite viral crônica por vírus C.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Hepatites virais agudas pelos vírus B e C (cursando com icterícia, hepatomegalia e aumento de transaminases e bilirrubinas).

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

- Idade gestacional;
- Resultado de transaminases (TGO/TGP), com data;
- Se hepatite B, resultado de HBsAg, com data;

- Se hepatite C, anti-HCV e PCR para HCV, com data.

## 10. HIV em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Serviço especializado de HIV/AIDS em gestantes:**

- Gestante com diagnóstico de HIV/AIDS, se não houver serviço especializado disponível na região de saúde.

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

- Idade gestacional;
- Tratamento com TARV atual ou prévio (se houver).

## 11. Toxoplasmose em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada;
- Pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonia ou miosite).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNDAR:**

- Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento à MEDICINA FETAL/HMIB:**

- Alterações ecográficas fetais sugestivas de toxoplasmose congênita.

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

- Idade gestacional;
- Resultado de sorologia com IgM e IgG, com data;
- Resultado de avidéz ao IgG, quando indicado (ver quadro), com data;
- Resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
- Se houver imunossupressão, descrição da causa.

## 12. Condiloma acuminado/Verrugas virais em gestantes

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a ONCOGINECOLOGIA:**

- Gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal de parto antes de 39 semanas de gestação, lesões extensas ou muito numerosas);
- Gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.
- Qualquer encaminhamento à GINECOLOGIA ONCOLÓGICA deverá ser feito após falha do tratamento com aplicação tópica de Ácido Tricloroacético a 90% (ATA) semanalmente, durante 4 semanas.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Gestante com condiloma acuminado que obstrui o canal de parto com 39 semanas, para interrupção ELETIVA da gestação.

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

- Idade gestacional;
- Descrição da lesão (localização e tamanho);
- Tratamento realizado para condiloma/verrugas virais com descrição do medicamento e posologia.

**13. Isoimunização Rh****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior;
- Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo em qualquer título;
- Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia (hidropsia fetal: edema de pele, ascite, derrame pleural, cardiomegalia e hepatoesplenomegalia).

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

- Idade gestacional;
- Resultado de tipagem sanguínea e fator Rh;
- Resultado de Coombs indireto, com data;
- Resultado de USG obstétrica (se houver), com data.

**14. Sífilis em gestantes****Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento no ambulatório de alergia - HRAN**

- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização com auxílio da infectologia);

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao PNAR:**

- Gestante com infecção resistente (títulos aumentam 04 vezes após tratamento apropriado da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento à MEDICINA FETAL/HMIB:**

- Alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita.

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

- Idade gestacional;

- Resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;
- Resultado de teste treponêmico (FTA-Abs ou teste rápido), com data;
- Tratamento realizado para sífilis (medicamento e posologia);
- Tratamento realizado para o parceiro (medicamento e posologia);
- Resultado de USG obstétrica, com data.

## **15. Alterações ecográficas na gestação**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência nos prontos socorros de ginecologia e obstetrícia:**

- Oligodramnia com ILA < 5 cm ou maior bolsão < 2 cm;
- Polidramnia grave (ILA > 35 cm ou maior bolsão > 16 cm) ou sintomática (dor e dispneia);
- Fetos pequenos para a idade gestacional em gestantes com 28 semanas ou mais (feto abaixo do percentil 10 para a idade gestacional).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao PNAR:**

- Fetos pequenos para a idade gestacional (suspeita restrição de crescimento intrauterino) em gestantes com menos de 28 semanas (feto abaixo do percentil 10 para a idade gestacional);
- Placenta prévia oclusiva total independentemente da idade gestacional;
- Placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas;

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ACRETISMO PLACENTÁRIO – HMIB:**

- Acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana prévia);
- Inserção velamentosa de cordão.

**Condições clínicas que indicam a necessidade encaminhamento à MEDICINA FETAL, HMIB:**

- Feto com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais como fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocoele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).

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

- Idade gestacional;
- Resultado de USG obstétrica (com data);
- Presença de comorbidades maternas, descrevendo-as se houverem.

## **16. Condições clínicas de risco à gestação atual**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- Colestase gestacional (prurido e aumento de transaminases e bilirrubinas);
- Hanseníase e tuberculose em tratamento;

- Infecção do trato urinário de repetição (2 ou mais), pielonefrite na gestação atual, urolitíase/nefrolitíase sintomática, dilatação pielocalicial acima de 2,5 cm, presença de cateter duplo J;
- Infarto agudo do miocárdio ou cardiopatias;
- Pneumopatias e asma moderada a grave;
- Nefropatias (doença renal crônica com creatinina >1,5 ou glomerulonefrite);
- Doenças hematológicas como trombofilias, anemia falciforme e púrpura trombocitopênica idiopática;
- Doenças neurológicas como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia;
- Doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do anticorpo antifosfolípide e outras colagenosos;
- Deformidade esquelética materna grave;
- Desnutrição materna (IMC<19 Kg/m<sup>2</sup>) se houver repercussão fetal;
- Obesidade com IMC entre 30 e 40 Kg/m<sup>2</sup> se houverem comorbidades ou acima de 40 Kg/m<sup>2</sup> se não houverem comorbidades;
- Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma);
- Suspeita de câncer de mama ou ginecológico;
- Miomas uterinos maiores que 6 cm;
- Malformações müllerianas;
- Gestação gemelar dicoriônica;
- Tromboembolismo prévio.

Obs.: GESTANTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (EXCETO SE CAUSADO POR FATOR TRANSITÓRIO COMO TRAUMA, IMOBILIDADE OU CIRURGIA) DEVE INICIAR TRATAMENTO PROFILÁTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO AGUARDA CONSULTA NO PNAR: ENOXAPARINA 40 MG SC 1 VEZ AO DIA OU HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI SC 2 VEZES AO DIA.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a MEDICINA FETAL – HMIB:**

- Gestação gemelar monocoriônica.

#### **Condições clínicas que indicam o encaminhamento para o PNAR – HRAN:**

- Gestante com cirurgia bariátrica prévia.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a PSQUIATRIA:**

- Doenças psiquiátricas graves que necessitam de acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

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

- Idade gestacional;
- Condição clínica fetal de risco (se houver, com descrição);
- Condição clínica materna de risco (se houver, com descrição);
- Resultado de USG obstétrica (se houver), com data.

### **17. Condições clínicas de risco em gestação prévia**



**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o PNAR:**

- História de óbito fetal no terceiro trimestre sem causa determinada;
- Mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação)
- Acretismo placentário em gestação anterior;
- História de parto prematuro com menos de 34 semanas;
- Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal ou miomectomia prévia, ou 04 cesarianas prévias ou mais;
- Histórico pessoal de Chagas / HTLV / Citomegalovirose

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

- Idade gestacional;
- Condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia, descrevendo-a;
- Resultado de USG obstétrica (se houver).

**DA CONCLUSÃO**

18. Por não esgotar todas as ocorrências que podem estar relacionadas ao pré-natal de alto risco, as situações clínicas não contempladas nesta Nota Técnica terão seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Ginecologia Obstetrícia na SES/DF e pelo RTD de Medicina de Família e Comunidade.

19. Os critérios de encaminhamentos para a Mastologia, Ginecologia Especializada e a Oncoginecologia serão tratados em nota técnica específica.

Elaboradores: Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SES/DF

**Marta de Betânia Rabelo Teixeira**

RTD de Ginecologia e Obstetrícia

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia - SES/DF

**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

**Fernando Henrique de Paula Uzuelli**

CATES/SAIS/SES - Coordenador

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



Documento assinado eletronicamente por **MARTA DE BETANIA RABELO TEIXEIRA - Matr.0137296-3, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia**, em 25/10/2018, às 11:51, 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 **BRUNO DE ALMEIDA PESSANHA GUEDES - Matr.1433116-0, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 25/10/2018, às 18:56, 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 **FABIO VINICIUS PIRES MICAS DA SILVA - Matr.0189161-8, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 25/10/2018, às 19:25, 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 26/10/2018, às 12:28, 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 **FERNANDO HENRIQUE DE PAULA UZUELLI - Matr.157109-5, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 29/10/2018, às 16:45, 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 30/10/2018, às 18:14, 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=13887044)  
verificador= **13887044** código CRC= **5081799C**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural sem número - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF