



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 icterício 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 coinfectado 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 $> 37,8^{\circ}$. 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 dispnéia 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 Paracoccidiodomicose (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 Histoplasmose e Paracoccidiodomicose (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 reinfecção, 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, Linfgranuloma 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/HLR; 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/Polioclínica 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=36388016)
verificador= **36388016** código CRC= **65DEE976**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF