

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO FORMATIVA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA

26 DE JANEIRO, 2020

Secretaria de Estado da Saúde



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

JOSÉ RENATO CASAGRANDE
Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA
Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS
Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS
Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da
Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO
Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN
Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

RAFAEL GROSSI GONÇALVES PACÍFICO
Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

ORGANIZAÇÃO

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro, Karla Fazollo Paiva Dornelas, Margareth Pandolfi, Patricia Rocha
Vedova e Roberta Pedrini Cuzzuol

COLABORAÇÃO

Médicos

Nélio Arthur de Paula Brandão - Angiologia
Emerson de Arruda Brandão - Alergia
Suely Zanetti Brioshi Vieira - Alergia
Elen Tatiana Cruz Rangel - Cardiologia
Edilson de Castro Araujo - Cardiologia
Lilian Claudia Souza Angelo - Cardiologia
Rachel Bertolani do Espirito Santo - Dermatologia
Luciana Vieira de Paula - Dermatologia
Elida Alves Leal - Dermatologia
Renildes Leia Bertoli Gasparini - Dermatologia
Tania Regina Pova Canuto - Dermatologia
Telma Lucia Serra Guimaraes Macedo - Dermatologia
M^a Amélia Sobreira Gomes Julião - Endocrinologia
Eliane Marcia Vantil - Endocrinologia
Ana Maria de Almeida Castro - Gastrologia
Michelle do Carmo Siqueira Sampaio - Gastrologia
Karina Zamprogno de Souza - Gastrologia
Leonardo De Paula Liparizi - Neurologia
Gregory Pelicão - Neurologia
Sérgio Peneira Canedo - Oftalmologia
Patricia Grativol Costa Saraiva - Oftalmologia
Maria Do Rosario Souza - Oftalmologia
Rodrigo De Paula Laiola - Ortopedia
Roger Vieira da Silva - Ortopedia
Adriana Pereira Barcelos - Otorrinolaringologia
Rossana Pego - Otorrinolaringologia
Victor Araujo De Oliveira - Otorrinolaringologia
Tarciana Ribeiro Santos - Proctologia
Maria Cristina Alochio De Paiva - Pneumologia
Carla Cristiana De Castro Bulian - Pneumologia
Kristiane Rocha - Pneumologia
Edson De Assis Pantaleão - Psiquiatria

Leila Maria Farias - Psiquiatria
Marcelo Zouain de Almeida - Urologia
Orlando Cardoso Caetano - Urologia
Paulo Roberto Fernandes de Oliveira - Urologia

Médico Regulador

Ana Cristina Vervloet do Amaral - Dermatologia
Anna Carolina Cesana - Cirurgia Vascular
Carlos Magno Passos Pellegrini – Dermatologia
Caroline Secatto Tres
Elane Dellacqua Passos - Oftalmologia
Heron Souza Bomfim - Cardiologia
Janaína Ferreira Paulo - Geriatria
João Guilherme Tavares Marchiori - Ortopedia
Maria José Alves Barbera - Dermatologia
Mauricio Aquino Paganotti - Otorrinolaringologia
Mauricio Fazolo Puppin - Cirurgia Geral
Paulo Marcus Altoé
Pedro Cabral Filho - Cirurgia Geral
Raiane Marchesi Figueiredo - Reumatologia
Roberta Pedrini Cuzzuol - Anestesiologia
Sergio Rigueze Zacchi - Urologia

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi)

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro - Medicina de Família e Comunidade
Karla Fazollo Paiva Dornelas - Medicina de Família e Comunidade
Laís Coelho Caser - Medicina de Família e Comunidade

Criação e *Design*

Margareth Pandolfi

Gestão da Clínica e Regulação Formativa

A Gestão da Clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão destinada a promover atenção à saúde com excelência e qualidade, centrada em pessoas, efetiva, estruturada e com base em evidências científicas, segura para as pessoas e para os profissionais, eficiente, oportuna, equitativa e humanizada. Sua Governança têm quatro dimensões: desempenho clínico e avaliação; desenvolvimento profissional; risco e segurança; e, valores e envolvimento do paciente.

As possíveis conexões entre Gestão, Atenção à Saúde e Educação (que se configuram no âmbito da Gestão da Clínica) podem ser compreendidas à luz da contemporaneidade social e, para que possamos conviver com esses desafios, é importante aprender e vivenciar a simultaneidade entre supostas certezas e incertezas, por meio de uma consciência crítica e aberta às mudanças e inovações.

No estado do Espírito Santo tais conexões/Gestão, Atenção à Saúde e Educação vêm se concretizando por meio de projetos e iniciativas do Instituto de Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), um instrumento de Educação e Atenção à Saúde, mediante as Residências profissionais e Editais de provimento e Bolsas de formação instrumentos de promoção, qualificação e expansão da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família.

Com a mesma finalidade, mais recentemente foi idealizado o Programa de Regulação formativa. Sobre essa, é emergente que o processo de ensino e aprendizagem dê lugar às regulação e avaliação formativas, com o objetivo de ajudar os alunos e tutores a aprenderem, aprenderem a fazer e a se desenvolver.

A Regulação formativa, está fundamentada nos processos de aprendizagem, baseadas em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais e na aprendizagem significativa e funcional aplicada em diversos contextos. Atentos a essas mudanças e inovações foi inevitável a adoção de novas práticas e conceitos de Gestão da Clínica e de Regulação formativa no Estado.

Apresentação

Desde a graduação tenta-se capacitar o médico não especialista para diagnosticar e tratar algumas doenças, evitando assim impactos negativos na vida do paciente, bem como para promover encaminhamentos qualificados ao Pneumologista, especialidade que se dedica ao estudo e tratamento das doenças pulmonares.

Atualmente a demanda por Consulta ambulatorial tem sido crescente, gerando longas filas de espera, e essas exigem critérios de qualificação e classificação dos sintomas. Pensando no melhor atendimento aos usuários, redefiniu-se o Protocolo de Regulação Formativa de Consulta Pneumológica no Espírito Santo.

Trata-se do Protocolo de Regulação para Encaminhamentos para a Especialidade de Pneumologia, visando garantir a assistência integral à saúde dos pacientes, além de qualificar a triagem da demanda regulada melhorando assim o serviço ofertado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAH	Índice de apneia-hipopneia
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
mMRC	Modified medical research council
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAOS	Síndrome da apneia obstrutiva do sono
VEF1	Volume Expiratório forçado no primeiro segundo

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Pneumologia eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter: anamnese completa, incluindo história da doença atual, sintomas e tempo de evolução, história patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças oftalmológicas familiares). Faz-se necessário também que exame(s) complementar(s) e/ou tratamento(s) pneumológico(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

1. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

1.1 Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Suspeita clínica de DPOC: história de tabagismo passivo/ativo, biomassa, tosse crônica e/ou dispneia com RX tórax PA e perfil (orientar o paciente a levar a imagem) com ou sem sinais de hiper-insuflação pulmonar.

1.2 Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o Programa Respira-ES

- Paciente com DPOC e Volume Expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1/CFV) menor do que 70% do previsto à espirometria.

1.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises; pontuação na escala de dispneia *Modified medical research council* (mMRC) (Quadro 1); outras alterações relevantes);
- Tabagismo (sim ou não);
- Medicações inalatórias em uso (profiláticas e de alívio);
- Número de exacerbações ou internações hospitalares, no último ano.

Exame físico

- Buscar sinais de hiperinsuflação pulmonar: tórax em barril, hipersonoridade à percussão do tórax, ausência de *ictus*, bulhas abafadas, excursão diafragmática reduzida;
- Sinais de obstrução ao fluxo aéreo (sibilos, expiração prolongada);
- Presença de secreção nas vias aéreas (roncos);
- Oximetria de pulso.

Exames complementares

- Descrição/cópia em anexo da espirometria, com data, se houver;
- Descrição/cópia em anexo do raio-X de tórax, com data.

1.4. Prioridades para regulação

- Exacerbações frequentes com descrição do número nos últimos três meses;
- Dispneia com mMRC igual ou > 3 e VEF1 abaixo de 60% do previsto.

1.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Exacerbação de DPOC com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS.

1.6. A Atenção primária à Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Quadro 1 - Escala modificada do *Medical Research Council* (mMRC) para avaliação da dispneia

Grau	Descrição
0	Sinto falta de ar somente quando faço esforços intensos.
1	Sinto falta de ar ao correr no plano ou subir uma ladeira leve.
2	Caminho mais lentamente que as pessoas da minha idade no plano por causa da falta de ar, ou tenho que parar para tomar fôlego quando caminho no meu próprio ritmo, no plano.
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
4	Tenho muita falta de ar para sair de casa, ou ao me vestir ou despir.

Fonte: GRUFFYDD-JONES, K. (2012)

2. Asma

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Broncoespasmo refratário a medicações inalatórias em uso (checar se a manobra inalatória está correta; afastar Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e rinossinusite e tosse pós-infecciosa);
- Asma moderada a grave;
- Pacientes com indicadores de risco de fatalidade Quadro 2); ou
- Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- 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 à atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
- Tratamento com medicação inalatória (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano;
- Quantidade de internações por asma no último ano;
- Paciente apresenta indicadores de risco de fatalidade (Quadro 2). Se sim, quais?

Exame físico

- Sibilância à ausculta pulmonar durante a expiração forçada ou tosse;
- Sinais vitais;
- Uso de musculatura acessória.

Exames complementares

- Descrição/cópia em anexo da espirometria, com data, se houver;

- Descrição/cópia em anexo do raio-X de tórax PA e perfil (orientar o paciente a levar a imagem), com data.

2.3. Prioridades para regulação

- Exacerbações frequentes com descrição do número nos últimos três meses;
- Broncoespasmo refratário a medicações inalatórias em uso.

2.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Crise de asma com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS.

2.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde

Encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Quadro 4 – Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma

Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI)
Episódio prévio de hospitalização no último ano
Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (apesar de tratamento adequado)
Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2017).

3. Alterações em exame de imagem torácica

3.1. Condições radiológicas/tomográficas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Qualquer suspeita de doença intersticial com alteração no raio-x (Quadro 3);

Obs: Se clínica, raio-x e espirometria encaminhar direto para o programa RESPIRA-ES.

- Presença de nódulo não calcificado ou massa pulmonar no exame de imagem (levar imagem);
- Derrame pleural.

Obs: 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 ou cirurgião torácico. Nesses

casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco que sugiram seguimento de investigação.

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- Tabagismo atual ou passado. Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
- História de risco para neoplasia pulmonar:
 - Exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar. Se sim, qual?
 - História familiar de neoplasia pulmonar. Se sim, indicar grau de parentesco;
 - História pessoal de outras neoplasias. Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica.

Exames complementares

- Descrição/cópia em anexo do exame de imagem de tórax atual, com data;
- Descrição/cópia em anexo de exame de imagem de tórax prévio, quando disponível, com data.

3.3. Prioridades para regulação

- Nódulo pulmonar não calcificado e massa pulmonar.

3.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Dispneia a moderados e pequenos esforços;
- Saturação O₂ menor que 93%.

3.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Quadro 5 – Alterações em exames complementares compatíveis com Doença Pulmonar Intersticial

Espirometria
Padrão restritivo
Exame de Imagem (raio-x ou tomografia computadorizada de tórax)
Espessamento de Septos Interlobulares
Áreas com padrão de atenuação em vidro fosco
Padrão de faveolamento
Infiltrado intersticial difuso (na ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou infecção)
Padrão reticular/reticulonodular
Padrão em árvore em brotamento
Padrão de perfusão em mosaico
Padrão de pavimentação em mosaico
Cistos pulmonares

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

4. Tosse crônica e dispneia

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- 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);
- Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);
- Tabagismo. Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
- Utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA. Se sim, qual;
- Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma.

Exames complementares

- Descrição/cópia em anexo de exame de imagem de tórax, com data;
- Descrição/cópia em anexo de espirometria, com data, se houver;
- Se presença de dispneia, resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;
- Se presença de tosse: Descrever/anexar resultado do BAAR, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos).

4.3. Prioridades para regulação

- Não se aplica.

4.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Dispneia a moderados e pequenos esforços;
- Saturação O₂ menor que 93%.

4.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde Encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Obs 1: Casos de TB sem controle do manejo na APS encaminhar para o serviço de TB HUCAM (Casa 5).

Obs 2: Tabagismo deve ser acompanhado na APS com o Programa de Tabagismo (não encaminhar!).

5. Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista pneumologista

- Paciente com suspeita de SAOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS;
- Diagnóstico de SAOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia de médico especialista.

5.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista otorrinolaringologista

- Paciente com suspeita de SAHOS relacionada a fator anatômico de via aérea superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros).

5.3. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o Respira-ES (enviar e-mail)

- Pacientes com portadores de SAOS grave (IAH maior ou igual a 30 ev/h) com polissonografia de diagnóstico e polissonografia de titulação (realizado ou validado pelo especialista em Medicina do Sono com registro no CRM) acompanhados de laudo médico.

5.4. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- 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.

Exames complementares

- Resultado de polissonografias, com data (se realizado).

5.5. Prioridades para regulação

- Índice de apneia-hipopneia (IAH) maior que 30 eventos/hora.

5.6. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- A critério médico.

5.7. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

6. Pneumonias de Repetição

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Dois episódios ou mais no período de um ano com comprovação radiológica.

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TBC, asma), doenças associadas e evolução do quadro;
- Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica;
- Relatar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual.

Exames Complementares

- Raio-x de tórax em PA e Perfil (descrição e se possível levar imagem).

6.3. Prioridades para regulação

- Se em um dos episódios apresentados no período de 1 ano houve necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

6.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Clínica de pneumonia atual com sinais de alerta (Quadro 4).

6.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Sinais de Alerta para Pneumonia

1. Sinais de toxemia (taquipneia, taquicardia, hipoxemia e hipotensão); geralmente sugerem pneumonia, e não bronquite aguda.
2. Ausência de sinais consolidativos na radiografia torácica não descarta o diagnóstico de pneumonia.
3. Presença de leucopenia no leucograma e hipoxemia na gasometria arterial sugere maior gravidade da pneumonia.

Quadro 4. Sinais de Alerta para Pneumonia

7. Oxigenioterapia

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

(Mandar um e-mail para o Programa: creme.oxigenioeasma@gmail.com)

- Avaliação para oxigenoterapia domiciliar com gasometria arterial (se ambulatorial até 30 dias e internado três dias) com PO^2 igual ou menor a 55 mmHg e/ou $SatO^2$ igual ou inferior a 88%;
- Nos casos de cor pulmonale (aumento de VD e hipertensão pulmonar) com gasometria arterial com PO^2 igual ou menor a 59 mmHg e/ou $SatO^{23}$ igual ou inferior a 89%;
- Necessário laudo médico com CID e a prescrição litros/minuto e horas de uso.

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- História sucinta que contenha quadro atual, afastando qualquer exacerbação aguda de doença pulmonar existente ou infecção de vias aéreas inferiores.

Exame físico

- Descrição da ausculta pulmonar e se possível avaliar saturação.

Exames complementares

- Raio X de tórax, se houver, com data.

7.3. Prioridades para regulação

- A critério médico.

7.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Insuficiência respiratória aguda.

7.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

8. Avaliação pré-operatória

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Pacientes que necessitam de parecer do pneumologista para cirurgia eletiva.

Obs: pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, devem ser avaliados no serviço de referência para cirurgia bariátrica.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Descrever qual será o tipo de cirurgia e o tipo de anestesia.

Exames complementares

- Raio-x de tórax PA e perfil ou Tomografia dos últimos três meses;
- Espirometria com prova broncodilatadora dos últimos seis meses.

8.3. Prioridades para regulação

- Cirurgias cardiovasculares e oncológicas;
- Cirurgia em paciente pneumológico.

8.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Não se aplica.

8.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIANE PEREIRA DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
SESA - NEAE
assinado em 28/01/2021 15:23:58 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/01/2021 15:23:59 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CLAUDIA RODRIGUES LOPES FERNANDES (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - SESA - GEPORAS)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2021-1MCF70>