



Nota Técnica N.º 7/2025 - SES/SEAS/SAIS

Brasília-DF, 12 de novembro de 2025.

Assunto: Rotina para encaminhamento de triagem e primeira consulta em Radioterapia (Fluxo Ambulatorial e Fluxo Emergencial)

## 1. ASSUNTO

O crescente aumento da incidência de câncer e a relevância da radioterapia como tratamento fundamental em neoplasias malignas resultam em listas de espera substanciais no sistema público de saúde. A literatura científica demonstra consistentemente que os atrasos no início do tratamento geram impactos negativos no prognóstico dos pacientes (FERREIRA et al., 2015), além de causar angústia e sobrecarga aos profissionais de saúde. Uma revisão de estudos com pacientes de câncer de cabeça e pescoço, por exemplo, evidenciou uma perda de controle local do tumor que pode chegar a 14% para cada semana de atraso no tempo total de tratamento (FERREIRA et al., 2015). De forma similar, uma análise nacional com mulheres com câncer de colo de útero indicou que um atraso superior a 60 dias para iniciar a radioterapia comprometeu significativamente a sobrevida (NASCIMENTO; SILVA, 2015).

Diante do desequilíbrio frequente entre a oferta e a demanda de vagas de tratamento, torna-se imprescindível adotar critérios claros de priorização para identificar os casos que demandam intervenção imediata e aqueles que podem aguardar algum tempo sem comprometer o desfecho clínico, garantindo a equidade no acesso e otimizando os recursos disponíveis.

## 2. OBJETIVO

Esta nota técnica estabelece diretrizes para três processos distintos e complementares no acesso à radioterapia oncológica no Distrito Federal:

### 2.1 Objetivo da Triagem para Primeira Consulta em Radioterapia

Otimizar o fluxo de pacientes encaminhados para avaliação de triagem em radioterapia, garantindo que apenas pacientes com condições clínicas adequadas sejam inseridos na fila para primeira consulta. A triagem visa avaliar a encaminhamento para radioterapia, identificar pendências clínicas, classificar o risco dos pacientes (sistema de cores) e adequar CID topográfico, garantindo assertividade e equidade na alocação, evitando ocupação desnecessária de vagas de consulta especializada em radioterapia para pacientes que ainda não reúnem requisitos iniciar o tratamento.

### 2.2 Objetivo para Agendamento de Primeira Consulta em Radioterapia

Estabelecer critérios claros de priorização para o início do tratamento radioterápico, assegurando que pacientes com indicação de emergência, casos paliativos e casos curativos sejam atendidos dentro de prazos adequados às suas necessidades clínicas, minimizando o impacto do tempo de espera no prognóstico e garantindo equidade no acesso aos serviços de radioterapia.

### 2.3 Objetivo para redução da fila de Radioterapia do Distrito Federal com a contratação de serviços privados complementares

Otimizar a utilização das vagas contratadas nos serviços privados para máximo impacto na redução da fila SISREG do Distrito Federal, e melhoria do perfil de toxicidade relacionadas ao tratamento.

## 3. JUSTIFICATIVA

A implementação de um fluxo estruturado de triagem e priorização para radioterapia no Distrito Federal justifica-se pela necessidade urgente de racionalizar o acesso a um recurso terapêutico limitado diante de uma demanda crescente. A ausência de critérios claros para inserção de pacientes na fila de tratamento resulta em desperdício de consultas com pacientes que ainda apresentam pendências clínicas, prolongamento desnecessário do tempo de espera para aqueles que já estão aptos, e dificuldade em priorizar adequadamente casos de maior urgência. Considerando que a literatura científica demonstra inequivocamente o impacto negativo do atraso no início da

radioterapia sobre o controle local da doença e a sobrevida dos pacientes (FERREIRA et al., 2015; XIANG et al., 2025), torna-se imperativo estabelecer um sistema de triagem que identifique precocemente os pacientes aptos ao tratamento e um protocolo de priorização baseado em evidências, que assegure o início oportuno da radioterapia conforme a gravidade e o potencial curativo de cada caso, otimizando assim os desfechos clínicos e a utilização dos recursos disponíveis na rede pública de saúde.

Nesse contexto, o direcionamento do paciente para o fluxo de radioterapia devem ser revisado exclusivamente pelo médico radioterapeuta. Este profissional detém o conhecimento técnico aprofundado e a expertise clínica indispensáveis para discernir as indicações tecnológicas específicas de cada modalidade de tratamento radioterápico, compreendendo as nuances entre os diferentes serviços disponíveis no Distrito Federal e suas respectivas capacidades tecnológicas (e.g., radioterapia conformacional 3D, IMRT, VMAT, radiocirurgia, braquiterapia). O encaminhamento de pacientes para serviços que não possuem a tecnologia apropriada para o seu caso específico, realizado por profissionais sem essa competência técnica exclusiva, invariavelmente resulta em retrabalho, perda de tempo valioso para o paciente e para o sistema de saúde, e desperdício de recursos públicos. A alocação precisa e tecnicamente embasada, desde o primeiro contato, é fundamental para otimizar o acesso ao tratamento, garantir a adequação terapêutica e, consequentemente, reduzir os desperdícios inerentes a processos de encaminhamento inadequados, alinhando a demanda à oferta tecnológica de forma eficiente e clinicamente responsável.

## 4. CONTEÚDO

### 4.1. TRIAGEM PARA PRIMEIRA CONSULTA EM RADIOTERAPIA

Qualquer médico assistente pode encaminhar pacientes com suspeita ou confirmação de indicação de Radioterapia para os serviços de triagem. O paciente deve ser encaminhado diretamente a uma das unidades de Radioterapia do SUS-DF (Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional de Taguatinga ou Hospital Universitário de Brasília), de segunda à sexta feira, horário comercial, portando relatório médico detalhado com a indicação clínica para Radioterapia e exames de imagem e anátomo-patológicos pertinentes ao caso. Nesses serviços, os documentos serão avaliados por um médico radioterapeuta, que realizará a triagem propriamente dita, verificando a adequação da indicação clínica na solicitação, a presença ou ausência de pendências que impeçam o início do tratamento, e classificando o caso conforme o grau de urgência(cores), além de adequação do CID correto levando em conta a topografia da área a ser irradiada. Somente após essa avaliação criteriosa, e apenas se o paciente estiver apto, exclusivamente o médico radioterapeuta procede com a inserção qualificada no Sistema de Regulação (SISREG), direcionando o paciente para o serviço de radioterapia com a tecnologia mais adequada ao caso específico — considerando modalidades disponíveis como radioterapia 3D conformacional, IMRT, VMAT, radiocirurgia estereotáxica ou braquiterapia — garantindo assim que cada paciente seja encaminhado para a instituição com capacidade técnica de executar seu tratamento de forma otimizada, evitando transferências desnecessárias, retrabalho administrativo e atrasos que comprometem os desfechos clínicos. Todas as informações clínicas e tecnológicas necessárias são registradas no SISREG para o agendamento da primeira consulta. Pacientes que apresentem pendências clínicas são contra-referenciados ao médico solicitante com orientações claras sobre as providências necessárias antes de nova submissão ao processo de triagem.

### 4.2. CONSULTA EM RADIOTERAPIA (SISREG 0701945)

#### 4.2.1. Critérios de inclusão

- Ter passado pela avaliação de triagem (solicitação realizada exclusivamente por médico Radioterapeuta do SUS-DF)
- Pacientes aptos/com ausência de pendências para serem avaliados em primeira consulta de radioterapia.
- Conter o conteúdo mínimo obrigatório, conforme tabela abaixo:

#### ITENS OBRIGATÓRIOS NA INSERÇÃO QUALIFICADA

1. Hospital de Origem Oncológica
2. Diagnóstico
3. Estadiamento
4. Tratamentos oncológicos já realizados
5. Indicação de Radioterapia
  - 5.1 Curativa vs. Paliativa
  - 5.2 Definitiva vs. Neoadjuvante vs. Adjuvante
  - 5.3 Exclusiva vs. Concomitante
6. Tecnologia indicada
  - 6.1 O Radioterapeuta deve indicar quais hospitais NÃO possuem a tecnologia necessária para o tratamento do paciente (Ex.: Não Base, Não HRT, Não HUB, etc)

#### 4.2.2. Critérios de Exclusão

- Estadiamento incompleto ou exames complementares pendentes (anátomo-patológico, exames de imagem)
- Presença de complicações clínicas não resolvidas;
- Pacientes em vigência de tratamento quimioterápico com indicação de radioterapia após à quimioterapia. Devem ser encaminhados ao final da quimioterapia.
- Pacientes aguardando procedimento cirúrgico programado ou indicado com indicação de radioterapia adjuvante à cirurgia. Devem ser encaminhados após a cirurgia, com anátomo-patológico.

#### 4.3. AGENDAMENTO DE PRIMEIRA CONSULTA EM RADIOTERAPIA. FLUXO AMBULATORIAL x FLUXO EMERGENCIAL

A fim de otimizar as discussões interdisciplinares e facilitar a avaliação de exames complementares, recomenda-se priorizar o agendamento da primeira consulta de radioterapia no hospital oncológico onde o paciente já realiza acompanhamento, mesmo que isso implique em uma espera adicional de até duas semanas em relação à primeira vaga disponível em outro serviço. Essa estratégia favorece a continuidade do cuidado e a integração entre as equipes assistenciais. Entretanto, caso a diferença no tempo de espera exceda duas semanas, deve-se priorizar o agendamento na unidade com disponibilidade mais próxima, a fim de não comprometer o prognóstico do paciente pelo atraso no início do tratamento. O quadro 1 apresenta os prazos ideais para primeira consulta.

Quadro 1. Prazos ideais para primeira consulta.		
Situação Clínica	Boas Práticas	Prazo aceitável
Emergência em radioterapia	Atendimento imediato	24h
Casos Paliativos	48h	2 semanas
Casos curativos	2 semanas	4 semanas

A priorização para agendamento de primeira consulta em radioterapia seguirá um sistema de classificação por cores, em ordem decrescente de urgência: vermelho, amarelo e verde para o **FLUXO AMBULATORIAL**. Pacientes classificados como vermelho terão prioridade absoluta no agendamento ambulatorial, seguidos pelos casos amarelos e, posteriormente, pelos casos verdes. Adicionalmente, no **FLUXO EMERGENCIAL** foi estabelecida a **categoria azul, que simboliza situações de emergência em radioterapia** que demandam atendimento imediato e, portanto, não seguem o fluxo ambulatorial. Nesses casos, o contato deve ser realizado diretamente com o médico radioterapeuta de uma das unidades habilitadas através dos telefones: HRT (61-34496533), Hospital de Base (61-35508744) e Hospital Universitário de Brasília (61 - 20285457 ou 61 - 20285026), mediante apresentação de documentação clínica que justifique a emergência, garantindo assim resposta terapêutica em tempo hábil para situações que representam risco iminente ao paciente. Em caso de indicação de radioterapia no fluxo emergencial, o médico radioterapeuta deve inserir o paciente no SISREG com a cor azul para sinalização do fluxo emergencial e contabilização do atendimento/tratamento.

Prioridade para agendamento de Primeira Consulta em Radioterapia

**Prioridade Vermelha**

## **1. Metástases Encefálicas não complicadas**

A avaliação para radioterapia deve ser solicitada após avaliação pela neurocirurgia. A conduta da neurocirurgia deve estar devidamente documentada no prontuário e/ou encaminhamento à regulação.

## **2. Metástases Ósseas não complicadas**

- Controle da dor: a radioterapia deve ser considerada após ausência de resposta ao uso de medicamentos opiôides (tratamento conservador).
- Prevenção de Risco de Fratura

## **3. Tratamento com Finalidade Curativa (Tratamento Combinado/Concomitante à QUIMIOTERAPIA)**

### **4. Radioterapia Curativa e/ou de consolidação em linfomas, plasmocitomas e seminomas**

### **5. Radioterapia Curativa e/ou adjuvante em tumores malignos cerebrais ou de medula espinhal**

### **6. Pacientes que necessitam de radioterapia exclusiva como tratamento definitivo, exceto câncer de próstata localizado.**

#### **Prioridade Amarela**

##### **1. Pacientes que necessitam de radioterapia pré-operatória-(neoadjuvante), NÃO concomitante a QUIMIOTERAPIA, como tratamento inicial.**

##### **2. Pacientes que necessitam de radioterapia adjuvante dos seguintes tumores: câncer de cabeça e pescoço, pele, colo uterino, endométrio, sarcomas, reto e tumores cerebrais/medula espinhal benignos de áreas eloquentes (impacto funcional potencial elevado).**

#### **Prioridade Verde**

##### **1. Pacientes que necessitam de radioterapia adjuvante à cirurgia (ex.: neoplasia de mama), exceto em casos de câncer de cabeça e pescoço, pele, colo uterino, endométrio, sarcomas, reto e tumores cerebrais/medula espinhal benignos de áreas eloquentes (impacto funcional potencial elevado).**

##### **2. Pacientes com câncer de próstata que necessitam de radioterapia no tumor primário exclusiva ou concomitante à HORMONIOTERAPIA.**

##### **3. Radioterapia Estereotáxica Fracionada (SBRT) de lesões metastáticas fora do sistema nervoso central.**

##### **4. Patologias não oncológicas elegíveis para tratamento radioterápico.**

## **Emergências em Radioterapia**

#### **Prioridade Azul**

## **1. Compressão Modular**

- A avaliação da radioterapia deve ser solicitada após avaliação pelo grupo da coluna, com a conduta documentada no encaminhamento ou prontuário.
- A radioterapia de emergência está indicada em pacientes sem proposta cirúrgica, com déficit neurológico completo a menos de 72 horas ou com déficit neurológico incompleto. Exame de imagem deve comprovar a compressão tumoral e a extensão da lesão.
- A definição histopatológica é uma prioridade para a indicação da Radioterapia.
- Os demais casos serão avaliados conforme a classificação do SISREG.

## **2. Síndrome de Compressão da Veia Cava Superior**

- A presença de ingurgitamento de vasos cervicais, estridor, edema de papila ou sintomas neurológicos caracteriza uma emergência oncológica.
- A definição histopatológica é uma prioridade para a indicação da Radioterapia.
- Os demais casos serão avaliados conforme a classificação do SISREG.

### **3. Compressão de Via Aérea**

- A radioterapia de emergência está indicada em pacientes com obstrução sintomática de via aérea por neoplasia, comprovada por imagem e sem proposta cirúrgica documentada para o sítio acometido.
- A definição histopatológica é uma prioridade para a indicação da Radioterapia.
- Os demais casos serão avaliados conforme a classificação do SISREG.

### **4. Metástases Encefálicas complicadas (sinais de hipertensão intracraniana) e sem Indicação Cirúrgica**

- A radioterapia de emergência está indicada para pacientes com Síndrome de Hipertensão Intracraniana (cefaleia, náuseas e papiledema) secundária a metástases encefálicas sem proposta cirúrgica. É necessário anexar exame de imagem que comprove a metástase encefálica.
- A definição histopatológica é uma prioridade para a indicação da Radioterapia.
- Os demais casos de metástases encefálicas serão classificados como risco vermelho no SISREG.

### **5. Metástases ósseas complicadas**

- A radioterapia de emergência está indicada para pacientes com metástases ósseas extensas, risco elevado de fratura e sem indicação de cirurgia, associado a dor de grande intensidade refratária a opióides. É necessário anexar exame de imagem que comprove a metástase óssea.

Os demais casos de metástases ósseas serão classificados como risco vermelho no SISREG.

### **6. Sangramento Tumoral Grave (necessidade de hemotransfusão)**

- Pacientes devem ser encaminhados com estabilidade hemodinâmica e sangramento ativo controlado (tamponamento, curativo ou clampagem).
- A radioterapia de emergência está indicada em casos de queda aguda de hemoglobina documentada, secundária a sangramento tumoral clinicamente comprovado ou por endoscopia, com necessidade de hemotransfusão.
- A definição histopatológica é uma prioridade para a indicação da Radioterapia.
- Os demais casos serão avaliados conforme a classificação do SISREG.

### **7. Tumores em Pacientes Pediátricos**

#### **4.3.1. Pacientes Pediátricos**

**TODOS OS CASOS DE CÂNCER PEDIÁTRICO COM INDICAÇÃO DE RADIOTERAPIA DEVERÃO SER CLASSIFICADOS COMO PRIORIDADE MÁXIMA PARA AGENDAMENTO VIA CERA (CENTRAL DE REGULAÇÃO).**

O câncer em crianças e adolescentes apresenta características biológicas distintas do câncer em adultos, por serem predominantemente de natureza embrionária, são constituídas de células indiferenciadas, normalmente de crescimento rápido e caráter sistêmico. Por serem casos de grande complexidade, possuem protocolos específicos com rígido “*timing*” de radioterapia, tendo uma singularidade de casos metastáticos que ainda podem se apresentar como curativos pela alta sensibilidade da doença oncológica infantil ao tratamento. Considerando ainda uma baixa demanda relativa na radioterapia, com número médio de 33 pacientes por ano nos últimos 6 anos, representa uma pequena porcentagem no número de casos mensais de radioterapia. AASCO (Sociedade Americana de Oncologia) enfatiza o papel crítico de iniciar o tratamento o quanto antes em crianças com câncer, sobretudo em tumores com alta chance de cura, como o tumor de Wilms, leucemias e linfomas. A ESMO (Sociedade Européia de Oncologia), também estabelece diretrizes para o manejo do câncer pediátrico que reforçam a necessidade de priorizar tratamentos curativos pediátricos, detalhando que o manejo clínico de crianças com câncer deve ser cuidadosamente priorizado, com foco em garantir o início rápido do tratamento para maximizar as chances de cura, reforçando a importância da radioterapia como parte do tratamento integrado. Ambas as diretrizes (ASCO-Sociedade Americana e ESMO-Sociedade Européia) defendem que pacientes pediátricos oncológicos devem receber prioridade de tratamento, não apenas por questões de equidade, mas pela alta probabilidade de cura e pelas consequências graves associadas ao atraso no tratamento. Estas diretrizes são amplamente citadas em protocolos internacionais de oncologia pediátrica e são seguidas por instituições de saúde que atendem a pacientes oncológicos infantis.

#### **4.4. AÇÕES PARA REDUÇÃO DA FILA DE RADIOTERAPIA DO DISTRITO FEDERAL COM A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS COMPLEMENTARES**

Dante do cenário atual da fila de radioterapia do Distrito Federal, a vigência dos contratos complementares com serviços privados, é necessário a otimização da utilização dessas vagas de forma que haja o maior impacto possível na redução da fila e aproveitamento ótimo de tecnologia.

Casos para encaminhamento preferencialmente aos serviços privados:	
<b>1-Neoplasia de próstata curativo.</b>	Justificativa - Nesses serviços há tecnologia para realização de hipofracionamento, com o tratamento sendo realizado em 20 frações, e até 5 frações em alguns casos. Nos serviços SUS do DF esses casos são tratados em mais de 35 dias, gerando ocupação dos equipamentos em demasia. Além desse sítio ter benefício clínico do IMRT, com menor taxa de toxicidade relacionada ao tratamento.
<b>2-Neoplasia de cabeça e pescoço curativo.</b>	Justificativa - O tratamento disponível nos serviços privados(IMRT) é o mais adequado para esse perfil de pacientes, com menor taxa de efeitos adversos relacionados ao tratamento.
<b>3- Neoplasia de Canal Anal curativo.</b>	Justificativa - O tratamento disponível nos serviços privados(IMRT) é o mais adequado para esse perfil de pacientes.
<b>4- Neoplasias primárias de pulmão, esôfago e mediastino com intenção curativa.</b>	Justificativa - O tratamento disponível nos serviços privados(IMRT) é o mais adequado para esse perfil de pacientes.
<b>5- Neoplasia benigna cerebral (meningioma de seio cavernoso, neurinoma do acústico).</b>	Justificativa - O tratamento disponível nos serviços privados(IMRT) é o mais adequado para esse perfil de pacientes.
<b>6- Linfomas e seminomas em pacientes jovens (abaixo de 50 anos).</b>	Justificativa - O tratamento disponível nos serviços privados(IMRT) é o mais adequado para esse perfil de pacientes.
<b>7- Casos de radiocirurgia craniana (SRS)</b>	Justificativa - Recomendação até 4 lesões encefálicas e performance status KPS acima maior ou igual a 70%, excetuando-se metástases por neoplasia de pulmão pequenas células.

Casos para encaminhamento preferencialmente aos serviços SUS-DF:	
<b>1- Radioterapia paliativa: Para os casos metastáticos ou localmente avançados sem intenção curativa (sangramentos, síndrome de compressão medular, síndrome de veia cava superior, compressão de via aérea, radioterapia cerebral total, radioterapia antiálgica para metástases ósseas).</b> <b>*Exceção: Nos casos e que médico radioterapeuta inserçor demandar alta tecnologia, sua recomendação deverá ser seguida.</b>	Justificativa - O tratamento realizado no SUS e privado para estes casos é semelhante, tendo os serviços SUS melhor suporte clínico ao paciente oncológico grave.
<b>2-Neoplasia de mama curativo e paliativo.</b>	Justificativa - A tecnologia do tratamento realizado no SUS e privado para neoplasia de mama é semelhante.

## 5. CONCLUSÃO

A Nota Técnica N.º 7/2025, resultado da integração das Notas Técnicas N.º 11/2024 e N.º 8/2024, implanta melhorias de clareza e visualização, estabelece um fluxo estruturado e baseado em evidências para otimizar o acesso à Radioterapia, implementando um sistema de triagem qualificada realizada exclusivamente por médicos Radioterapeutas e uma classificação por cores (azul para fluxo emergencial, vermelho/amarelo/verde para diferentes níveis de indicação fluxo ambulatorial) que visa garantir atendimento prioritário aos casos de maior risco dentro de prazos clinicamente adequados. Essa estratégia também direciona casos que se beneficiam de tecnologias avançadas (IMRT, hipofracionamento) para serviços privados contratados, enquanto mantém no SUS-DF os casos paliativos e de mama que têm menor complexidade tecnológica, buscando maximizar o impacto na redução da fila, melhorar desfechos clínicos e otimizar a utilização dos recursos públicos, com priorização absoluta de casos pediátricos que apresentam alta chance de cura quando tratados oportunamente.

## 6. REFERÊNCIAS

- ASCO Guidelines on Pediatric Cancer Care (J Clin Oncol) "Timely access to pediatric oncology treatments, especially those with curative potential, should be prioritized to ensure optimal outcomes Delays in initiating

therapy can compromise survival, particularly in rapidly progressing malignancies common in children." Fonte: Ferrell B., Temel J.S., Temin S., et al. "Palliative Care in Oncology: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guidelines." J Clin Oncol. 2020; 38(9): 925- 940.

2. FERREIRA, José A. González et al. Effect of radiotherapy delay in overall treatment time on local control and survival in head and neck cancer: Review of the literature. **Reports of Practical Oncology and Radiotherapy**, v. 20, n. 5, p. 328-339, 2015.
1. NASCIMENTO, Maria Isabel do; SILVA, Gulnar Azevedo e. Efeito do tempo de espera para radioterapia na sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer do colo do útero, 1995-2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2437-2448, nov. 2015.
2. XIANG, Geng et al. Impact of treatment time and waiting time on outcome for esophageal squamous cell carcinoma receiving definitive chemoradiotherapy. **Radiation Oncology**, v. 20, n. 111, p. 1-12, 2025.
3. SCOCCHIANTI, S. et al. From a waiting list to a priority list: a computerized model for an easy-to-manage and automatically updated priority list in the booking of patients waiting for radiotherapy. **Tumori**, v. 98, n. 6, p. 728-735, 2012

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL SPINDOLA CAMARGO SILVA - Matr. 1697421-2, Referência Técnica Distrital (RTD) Radioterapia-Colaborador(a)**, em 21/11/2025, às 16:40, 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 **GUSTAVO BASTOS RIBAS - Matr.0152617-0, Chefe da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer**, em 27/11/2025, às 16:47, 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 **RAQUEL MESQUITA HENRIQUES DA SILVA FERRUGEM ALVES - Matr.1686929-X, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 28/11/2025, às 10:34, 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&verificador=187174996](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=187174996) código CRC= **A32D2AA9**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"  
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70.719-040 - DF  
Telefone(s):  
Sítio - [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)