



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nota Técnica nº: 4/2025/SES/SUVISA/SUVEPI/GESP/C-21843

Assunto: Orientações sobre Surto de Doença Mão-Pé-Boca (DMPB)

1. DESCRIÇÃO DO EVENTO

Com o início do período sazonal da Doença Mão-Pé-Boca (DMPB), tem-se observado um aumento no número de casos em diversos países, estados e municípios. Diante desse cenário, recomenda-se que os municípios intensifiquem as ações de prevenção, vigilância epidemiológica e controle da doença.

Embora a DMPB não seja de notificação compulsória individual, a ocorrência de surtos deve ser notificada de forma imediata às autoridades de saúde. Considerando a possibilidade de aumento no número de casos e surtos no estado de Goiás, esta Nota Técnica tem como objetivo orientar os profissionais e serviços de saúde quanto à detecção precoce, vigilância, notificação oportuna, investigação e adoção de medidas de controle frente à ocorrência de surtos da DMPB.

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DE MÃO-PÉ-BOCA

A Doença Mão-Pé-Boca é uma infecção viral, autolimitada, e altamente contagiosa, que acomete principalmente crianças menores de cinco anos, embora também possam ocorrer casos em adultos. A doença apresenta com maior frequência em ambientes de convívio coletivo, como escolas e principalmente em creches, uma vez que há frequentes trocas de fraldas, aprendizado do uso do banheiro, e o hábito das crianças pequenas levarem as mãos à boca.

A DMPB é causada por vírus pertencentes à família *Picornaviridae*, especificamente *Enterovirus* e *Coxsackievirus*. Os vírus que mais frequentemente causam a DMPB são o *Enterovirus 71* e o *Coxsackievirus A16*.

A **transmissão** ocorre de pessoa a pessoa, de forma direta ou indiretamente, por meio do contato com fezes e secreções respiratórias, desde o período de incubação até algumas semanas após a infecção (na excreção respiratória pode durar de 1 a 3 semanas, e nas fezes cerca de seis semanas após a infecção), ou através de alimentos e de objetos contaminados. A primeira semana após início dos sintomas representa o período de maior transmissibilidade. **O período de incubação** é curto, variando de três a seis dias.

As principais **manifestações clínicas** são febre, erupções maculopapulares ou papulovesiculares nas mãos, pés e nádegas e úlceras na mucosa oral e ao redor da boca, em alguns casos progredindo para lesões bolhosas amplamente distribuídas no corpo. Caracterizando-se por manchas vermelhas planas ou ligeiramente elevadas, às vezes com bolhas com uma área de vermelhidão na base. As lesões desaparecem em três a sete dias.

As mãos costumam ser mais frequentemente afetadas do que os pés. As lesões das mãos e dos pés geralmente são dolorosas e papulovesiculares, podendo acometer as superfícies dorsais quanto nas palmas das mãos e nas plantas dos pés.

Também podem estar presentes mal-estar, falta de apetite, vômitos e diarreia. Por causa da dor, surge dificuldade para engolir e muita salivação. A complicação mais comum é a desidratação secundária à dificuldade de ingestão pela existência de lesões aftosas em cavidade oral. Uma pequena proporção de crianças pode apresentar complicações graves, como meningite, encefalite, paralisia flácida aguda e síndrome neurorespiratória.

Atualmente, não há vacina disponível para prevenção da DMPB no Brasil. O **tratamento** é sintomático, baseado no uso de analgésicos e antitérmicos, inclusive nos casos graves da doença. Porém, caso as feridas na boca dificultar a ingestão de líquidos, pode ser necessário a realização de hidratação parenteral. Recomenda-se que o paciente permaneça em repouso, hidratação adequada e alimentação leve durante o curso da doença.

3. DEFINIÇÃO DE CASO

Definição de caso	Caso que apresenta quadro febril com lesões cutâneas características nas mãos e pés, associadas ou não a úlceras em mucosa oral.
Definição de surto	Ocorrência de dois ou mais casos suspeitos ou confirmados, que atendam à definição de caso de DMPB, em uma mesma instituição ou ambiente de convivência coletiva (creches, escolas, unidades de saúde) no mesmo intervalo de tempo, com vínculo epidemiológico entre os casos.

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

A internação hospitalar pode ser necessária em casos de lesões que acometam áreas extensas ou múltiplas lesões em cavidade oral, especialmente quando há prejuízo da ingestão de líquidos e alimentos, com risco de desidratação. Nessas situações, pode ser indicada a alimentação por sonda nasogástrica para garantir suporte nutricional e hídrico.

Pacientes com sinais de infecção bacteriana secundária nas lesões cutâneas devem receber tratamento com antimicrobianos apropriados, conforme avaliação clínica.

Crianças que evoluem com meningite asséptica, geralmente apresentam bom prognóstico. No entanto, casos de encefalite ou meningoencefalites com alterações do sistema nervoso central, como letargia, ataxia, tremores, fraqueza muscular e febre com temperatura acima de 39°C por mais de 48 horas, devem ser mantidos em observação e avaliadas com cuidado.

Crianças que apresente sudorese fria, pele moteada, taquicardia, taquipneia, hipertensão e hiperglicemia exigem internação imediata e, muitas vezes, a condução como quadro grave com risco de óbito. Nos casos graves, com falência cardiopulmonar, o uso de drogas vasoativas demonstrou evidência de benefício.

Uma pequena proporção de pacientes pode apresentar complicações graves, incluindo meningite, encefalite, paralisia flácida aguda e síndrome neurorespiratória, que exigem abordagem hospitalar especializada.

Casos que evoluem com necessidade de internação e devem ser comunicados, de forma imediata, ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS Goiás) e à Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde (CVEHUS).

Recomenda-se que todos os casos com complicações e que demandem hospitalização sejam investigados individualmente e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando a Ficha de Notificação e Conclusão, disponível em: https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2013/08/ficha_conclusao-db3.pdf, no módulo de notificação individual. Deve-se, ainda, realizar a coleta de amostras biológicas para envio ao Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-Goiás), conforme protocolo vigente.

5. DIAGNÓSTICO

O **diagnóstico é predominantemente clínico**, baseado na avaliação dos sinais e sintomas apresentados. Não se recomenda a realização de exames laboratoriais específicos para confirmação diagnóstica em casos individuais.

Entretanto, o diagnóstico laboratorial torna-se relevante na identificação de possíveis complicações associadas à DMPB, especialmente em pacientes que requerem hospitalização. Dentre essas complicações, ainda que raras, destacam-se: infecções secundárias de pele, infecções respiratórias e manifestações neurológicas.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A DMPB pode apresentar manifestações clínicas semelhantes a diversas outras doenças. Em casos na presença de sinais clínicos menos característicos como lesões cutâneas disseminadas por todo o corpo, conjuntivite, sintomas respiratórios e adenomegalia, é importante considerar o diagnóstico diferencial que incluem: sarampo, rubéola, varicela, escarlatina, infecção por adenovírus, mononucleose, gengivostomatite herpética, estomatite aftoide, escabiose, Monkeypox e reação medicamentosa com exantema.

Para realizar o diagnóstico diferencial da DMPB, o médico pode solicitar exames laboratoriais, como análise das lesões de pele, exames de sangue ou testes virais específicos. Esses exames ajudam a confirmar o diagnóstico e descartar outras condições que possam estar associadas.

7. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Casos individuais da DMPB não são de notificação compulsória, o que significa que não há a obrigatoriedade dos serviços de saúde e secretarias municipais informarem cada diagnóstico feito. Entretanto, a ocorrência de **surtos** (dois ou mais casos em uma mesma instituição ou ambiente de convivência coletiva) ou casos graves, hospitalizados e com complicações configura evento de notificação imediata e obrigatória.

7.1 Comunicação e notificação de surto (Anexo 1: Fluxograma para investigação de surto de DMPB)

- Comunicação imediatamente à Vigilância Epidemiológica Municipal, à Regional de Saúde e ao CIEVS Goiás, de forma simultânea. Quando houver CIEVS Municipal ou CIEVS Regional, a comunicação deve incluir também essas instâncias;
- A Vigilância Municipal, em conjunto com CIEVS (municipal ou regional) deverá elaborar um relatório com as informações sobre a investigação do surto e encaminhar à Regional de saúde e ao CIEVS Goiás;
- Os contatos deverão ser monitorados por um período de 6 dias, considerando o período de incubação e identificação de novos casos;
- A Vigilância Municipal deve: preencher no Sinan a Ficha de Investigação de Surto (https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2013/08/investigacao_surto-925.pdf) e preencher a Planilha de Acompanhamento de Surto (https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2013/08/planilha_surto-f26.pdf). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a inserção da ficha no Sinan deve ser realizada em até 7 dias após o início dos casos;
- Assinalar no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto o CID 10 – B08.4. Ressalta-se que caso o município ainda não possua habilitação no SINAN para esse CID, deve-se solicitar a liberação junto à instância estadual do sistema;
- Recomenda-se que pelo menos 10% dos casos sejam investigados individualmente. Esses casos devem ser notificados no Sinan na FICHA DE NOTIFICAÇÃO E CONCLUSÃO (https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2013/08/ficha_conclusao-db3.pdf) utilizando o módulo de notificação individual.

7.2 Encaminhamento de amostras ao LACEN

Em situações de surto, bem como nos casos graves, hospitalizados ou com complicações, recomenda-se a coleta de amostras clínicas — como fezes e/ou swab de secreção das lesões — para encaminhamento ao LACEN-GO.

Orientações para coleta de amostras clínicas:	
Surto até 30 pessoas	03 amostras de doentes
Surto acima de 30 pessoas	10% do total de casos

As amostras clínicas deverão ser devidamente identificadas e encaminhadas ao LACEN-GO acompanhadas da Ficha de Investigação/Notificação e Conclusão, disponível em: https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2013/08/ficha_conclusao-db3.pdf, contendo os dados completos do paciente, bem como das respectivas fichas de cadastro no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

A solicitação de exame deverá ser realizada no GAL sob o nome de exame: “Pesquisa de Enterovírus”;

- Fezes: Coletar de 2 a 4g de fezes “in natura” em frasco plástico estéril com tampa rosqueada de boca larga. Conservar em freezer à -20° C e encaminhar ao LACEN-GO em até 24h após a coleta;

- Swab de secreções das lesões: Coletar amostra das secreções mão/pé/boca. Coletar utilizando swab estéreis e após a coleta manter o tubo com os swabs refrigerado entre 2 a 8°C (não congelar), enviar ao LACEN GO em até 24h após a coleta;
- Transporte: As amostras (swab de secreções das lesões e fezes) deverão ser acondicionadas e transportadas em caixas térmicas, contendo gelo reciclável para manter temperatura entre 2 a 8°C até a chegada ao LACEN-GO. O prazo máximo de encaminhamento ao laboratório é de 24 horas;

Obs.: O meio de transporte para swab é o mesmo utilizado para Vírus Respiratórios (solução salina com antibiótico – 3ml) e deverá ser solicitado à Coordenação da Rede Estadual de Laboratórios do LACEN-GO;

- Tempo para liberação: As amostras posteriormente serão encaminhadas para o Laboratório de Referência Nacional FIOCRUZ/RJ para investigação diagnóstica e o tempo para liberação dos resultados não foi estipulado. O laudo, uma vez emitido, poderá ser consultado no GAL, conforme rotina para outros exames na unidade de saúde que realiza o cadastro.

8.MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

8.2 Recomendações gerais e para profissionais de saúde:

Os serviços de saúde devem manter os procedimentos de limpeza e desinfecção de rotina já estabelecidos pela instituição, bem como reforçar as medidas de precaução padrão e de contato, de acordo com o quadro clínico e o agente etiológico suspeito, garantindo a segurança dos profissionais de saúde e dos demais pacientes.

- **Precauções padrão:** reforçar adesão aos componentes desta precaução, com ênfase na higiene das mãos, uso apropriado de Equipamentos de Proteção individual (EPI) durante manipulação de secreções corporais, fluidos biológicos, lesões cutâneas e materiais ou utensílios potencialmente contaminados.
- **Precauções de contato:** devem ser mantidas durante todo o período de transmissibilidade, nas seguintes situações: crianças em uso de fraldas, crianças com diarreia incontinente e ocorrência de surto em unidades de saúde ou instituições de cuidado coletivo.

Além disso, devem:

- Evitar o compartilhamento de objetos de uso pessoal, como talheres, copos, pratos, toalhas, chupetas;
- Afastar os indivíduos sintomáticos das atividades escolares ou do trabalho até o desaparecimento dos sinais e sintomas (geralmente ocorre em sete a 10 dias após início quadro clínico);
- Reforçar a higiene das mãos com água e sabão, principalmente após o uso do banheiro, após a troca de fraldas e antes da alimentação. Ressalta-se que o enterovírus pode ser eliminado pelas fezes por até 12 semanas;
- Manter a amamentação, uma vez que não afeta a incidência da DMPB. Portanto, não é necessário parar de amamentar para prevenir a transmissão da doença.

8.2 Recomendações para escolas e creches:

- Orientar pais e responsáveis e colaboradores a buscar avaliação médica se a pessoa não tiver certeza de quando deve retornar ao trabalho ou quando a criança deve retornar à escola ou creche;
- Promover ações de educação em saúde, com informações para as crianças e colaboradores da escola/creche;
- Disponibilizar sabão líquido e papel toalha nas pias onde são realizadas a higienização das mãos das crianças e colaboradores e o álcool em gel em locais que não têm pia;
- Reforçar a prática de higiene das mãos com frequência por pelo menos 20 segundos: depois de trocar fraldas, depois de usar o banheiro, depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar, antes de preparar alimentos, antes e depois de se alimentar, antes e depois de cuidar de alguém que está doente;
- Se água e sabão não estiverem disponíveis, use um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Auxiliar as crianças na higienização correta das mãos. Ensine-os a lavar as mãos e certifique-se de que as lavam com frequência, principalmente depois de ir ao banheiro;
- Evitar o contato das mãos com olhos, nariz e boca;
- Realizar o descarte adequado de fraldas, lenços descartáveis e outros resíduos contaminados em recipientes de lixo com tampa;
- Evitar contato próximo com pessoas sintomáticas;
- Repassar as orientações de condutas de higiene aos familiares/cuidadores das crianças;
- Manter o ambiente escolar sempre bem arejado e limpeza das superfícies (mesas, carteiras, bancadas, brinquedos, maçanetas, bebedouros, etc.) três vezes ao dia com água e sabão. Em seguida passar o álcool a 70% com pano seco;
- Recomendação de uso de produtos saneantes que possam substituir o álcool 70%: Hipoclorito de sódio a 0,1% ou alvejantes contendo hipoclorito (de sódio, de cálcio) a 0,1%, uso imediato após a diluição. Atenção: A aplicação sobre superfícies metálicas pode levar à oxidação, portanto recomenda-se usar outros produtos onde há predominância de metal;
- Realizar atividades de educação em saúde para a prevenção e controle da transmissão da doença.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação clínica qualificada, aliada à vigilância epidemiológica sensível e oportuna, é essencial para a detecção precoce de casos graves, o monitoramento de possíveis surtos em ambientes coletivos e a implementação de medidas eficazes de controle e prevenção. A notificação imediata de casos com sinais e sintomas de gravidade, a coleta adequada de amostras biológicas e a adoção rigorosa das precauções padrão e de contato são estratégias indispensáveis para garantir a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da comunidade. Reforça-se a importância da articulação entre os serviços de assistência, vigilância e laboratório, bem como da capacitação contínua das equipes e da educação em saúde voltada a familiares e cuidadores, como pilares para o enfrentamento qualificado da DMPB, especialmente em contextos com aumento de casos ou ocorrência de surtos.

Esta Nota Técnica deverá ser revisada conforme atualização do cenário epidemiológico e novas orientações do MS.

11. CONTATOS

<p>Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS Goiás</p> <p>E-mail: cievs.suvisa@goias.gov.br</p> <p>Telefones: (62) 3201-2688 (dias úteis em horário comercial); Celular: (62) 9 9812-6739 (plantão).</p>	<p>Coordenação Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde - CVEHUS</p> <p>E-mail: cveh.suvisa@goias.gov.br</p> <p>Telefones: (62) 3201-4488 (dias úteis em horário comercial);</p>
<p>Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN Goiás</p> <p>E-mail: lacengal.ses@goias.gov.br</p> <p>Telefones: (62) 3201-9649</p>	<p>Coordenação do SINAN e outros Sistemas de Informações em Saúde</p> <p>E-mail: sinan.ses@goias.gov.br</p> <p>Telefone: (62) 3201-6095</p>

Elaboração:

- Alessandra Pereira Araújo Bastos - Enfermeira do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Alexandre Vinicyus Ribeiro Santos - Subcoordenador de Alerta e Monitoramento CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Ana Carolina de Oliveira Araújo Santana - Enfermeira do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Cristina Paragó Musmanno - Gerente da GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Érika Dantas Dias de Jesus - Plantonista do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Fabiano Marques Rosa - Coordenador do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Giselle Caetano Souza - Subcoordenadora de Epidemiologia de Campo/CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Maria Idê Pinheiro Prestes - Enfermeira do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO
- Renata de Oliveira Bernardes - Apoiadora OPAS do CIEVS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO

Referências

BARBOSA, A.C; DE SOUSA, N.O.F. **Vigilância e resposta à doença mão-pé-boca: situação no município de Palmas/TO de 2019 a 2021.** Revista Cereus2023 Vol.15. N.2.

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 16/2023-CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. 2023.

GUERRA AM, ORILLE E, WASEEM M. Hand, Foot, and Mouth Disease. 2022 Oct 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan—. PMID: 28613736.

ICTV. International Committee on Taxonomy of Viruses: ICTV. 2022. Disponível em: <https://ictv.global/taxonomy>

LEUNG AKC, LAM JM, BARANKIN B, LEONG KF, HON KL. HAND, Foot, and Mouth Disease: **A Narrative Review. Recent Adv Inflamm Allergy Drug Discov.** 2022;16(2):77-95. doi:

10.2174/1570180820666221024095837. PMID: 36284392.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION (Orgs.). **Epidemiologic Alert: Hand, foot, and mouth disease.** [S. l.]: APHA Press, an imprint of American Public Health Association, 26 mar. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-epidemiological-alert-hand-foot-mouth-disease.pdf>.

SAGUIL A, KANE SF, LAUTERS R, MERCADO MG. HAND-FOOT-AND-MOUTH DISEASE: RAPID EVIDENCE Review. *Am Fam Physician.* 2019 Oct 1;100(7):408-414. PMID: 31573162.

SILVAN. R. DA; SILVEIRAR. E. DA; CAPELARIOE. DE F. S.; SILVAW. G. DA; BRITOL. S. B.; FACHINIM.; et al. **Características da doença mão-pé-boca e a relação do seu alto contágio dentro do ambiente escolar.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 2, p. e12035, 9 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE DERMATOLOGIA E DEPARTAMENTO; CIENTÍFICO DE INFECTOLOGIA. **Síndrome mão pé boca.** [S. l.: s. n.], set. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf.

ZHU, P., JI, W., LI, D., LI, Z., CHEN, Y., DAI, B., HAN, S., CHEN, S., JIN, Y., & DUAN, G. (2023). **Current status of hand-foot-and-mouth disease. Journal of biomedical science**, 30(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12929-023-00908-4>

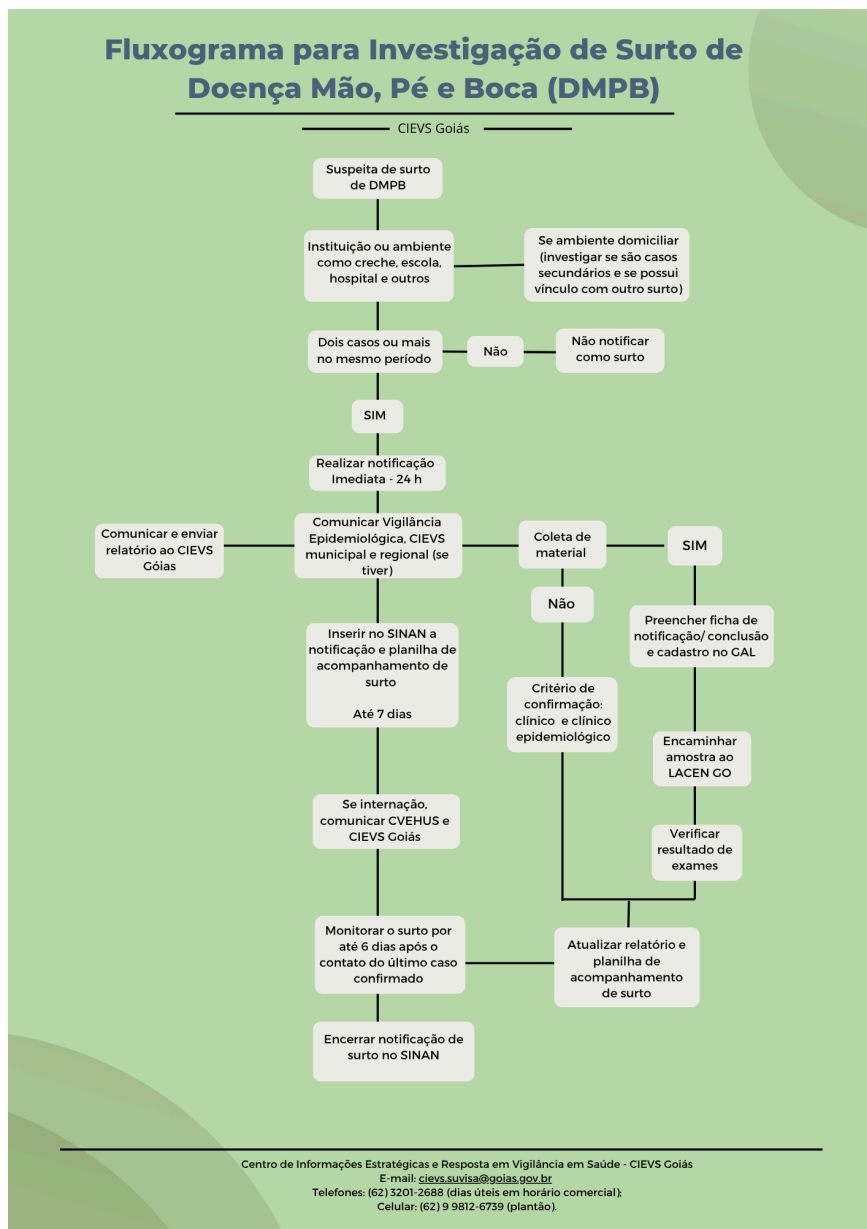
SilveiraR. E. da; SilvaF. R. A. da; SantosM. A. L. dos; SalgadoP. R. R.; GuedesE. V. B.; PadilhaK. C. C.; FachiniM.; FernandesJ. D. L.; RochaR. L. M. da; SouzaL. C. O. A. de. **O papel da vigilância epidemiológica no controle de surtos de doenças infecciosas no SUS.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 6, p. e12797, 21 jun. 2023.

MORTARI, N. .; FRUGIS YU, A. L. .; LIPHAUS, B. L. .; MARQUES FERREIRA, P. .; RODRIGUES, M. .; AKEMI GUINOZA ANDO, J. .; YATIYO YASSUDA, Y. .; BRANDÃO DE ASSIS, D. .; COMPAGNOLI CARMONA, R. de C.; CAETANO MACHADO, B. .; SAMPAIO TAVARES TIMENETSKY, M. do C.; MARQUES PINTO CARVALHANAS, T. R. **Doença Mão-Pé-Boca: diretrizes e orientações para surtos.** BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 15, n. 173, p. 11–28, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37768>. Acesso em: 21 out. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria De Estado Da Saúde. Superintendência De Vigilância Em Saúde. Diretoria De Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa sobre orientações diante de surtos da Síndrome Mão-Pé-Boca**. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/notas-informativas/notas-informativas-2023/NI07.2023.pdf>

ANEXO I: Fluxograma para Investigação de Surto de DMPB



Goiânia/GO, aos 15 dias do mês de julho de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **FABIANO MARQUES ROSA, Coordenador**, em 25/07/2025, às 15:33, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **CRISTINA APARECIDA BORGES PEREIRA LAVAL, Subsecretário (a) em substituição**, em 25/07/2025, às 16:07, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **77037309** e o código CRC **55D8ADC4**.



Referência: Processo nº 202500010053080



SEI 77037309