



NOTA TÉCNICA Nº 08/2024

SESA/SSVS/GEVS/NEVE/NEVA/PEI/LACEN

VIGILÂNCIA DA FEBRE AMARELA

1 - Apresentação geral

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, de evolução abrupta e gravidade variável, com elevada letalidade nas suas formas graves.

O agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, protótipo da família Flaviviridae, transmitido por artrópodes (vetores), da família Culicidae, habitualmente conhecidos como mosquitos e pernilongos.

A importância epidemiológica decorre da gravidade clínica, da elevada letalidade e do potencial de disseminação e impacto, sobretudo se a transmissão for urbana, por *Aedes aegypti*.

2- Transmissão

Não há transmissão de pessoa a pessoa. O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados. Apenas as fêmeas transmitem o vírus, pois o repasto sanguíneo provê nutrientes essenciais para a maturação dos ovos e, conseqüentemente, a completude do ciclo gonotrófico.

Há dois ciclos de transmissão, sendo urbano e silvestre. No ciclo urbano, a transmissão ocorre a partir de vetores urbanos infectados, sendo *A. aegypti* o principal deles. Vale a pena ressaltar que o ciclo urbano não ocorre desde a década de 1946.

No ciclo silvestre, os transmissores são mosquitos com hábitos silvestres de diferentes espécies (*Haemagogus* spp. e *Sabethes* spp.). Os mosquitos silvestres são considerados os verdadeiros reservatórios do vírus da febre amarela na natureza, pois, além de permanecerem infectados durante toda a sua vida, transmitem-o verticalmente.

Outro aspecto relevante no ciclo silvestre, é que os primatas não humanos (PNH) são considerados os principais hospedeiros, amplificadores do vírus e,



ainda, vítimas da doença, assim como o ser humano; nesse ciclo os humanos são hospedeiros acidentais.

Nas últimas décadas, a combinação progressiva de vários fatores têm contribuído para expandir gradativamente a sobreposição dos ecossistemas (silvestre e antrópico), bem como para aproximar o ciclo silvestre da febre amarela e o território onde vivem as espécies sinantrópicas, o que pode facilitar infecções humanas e, cada vez mais, favorecer o ressurgimento da transmissão urbana por *A. aegypti*.

3- Manifestações clínicas

O espectro clínico da febre amarela pode variar desde infecções assintomáticas até quadros graves e fatais. O período de incubação pode variar de três a seis dias. Em situações esporádicas, considera-se que pode se estender por até 15 dias.

As formas leves ou infecções assintomáticas representam a maioria dos casos (40% a 60%). O quadro clínico clássico caracteriza-se pelo início súbito de febre alta, cefaleia intensa e duradoura, inapetência, náuseas e mialgia. Os sinais e os sintomas duram entre dois a quatro dias e, geralmente, são aliviados com tratamento sintomático, antitérmicos e analgésicos.

Nas formas graves, que representam aproximadamente 20% a 40% dos casos, a cefaleia e mialgia ocorrem com maior intensidade e podem estar acompanhadas de náuseas e vômitos frequentes, icterícia, oligúria e manifestações hemorrágicas, como epistaxe, hematêmese e metrorragia.

O quadro clínico típico caracteriza-se por manifestações de insuficiência hepática e renal, tendo em geral apresentação bifásica, com um período inicial prodrômico (infecção) e um toxêmico, que surge após uma aparente remissão. Após o período de remissão dos sintomas, que pode levar de 6 a 48 horas entre o terceiro ao quinto dia de doença, ocorre o agravamento da icterícia, insuficiência renal e fenômenos hemorrágicos de maior intensidade, em muitos casos, evoluindo para óbito em aproximadamente uma semana.

As formas de apresentação são classificadas como forma leve, moderada e grave:



- Forma leve: caracterizada por febre (relatada ou aferida), cefaleia (principalmente de localização supra-orbital) e mialgia, de início súbito, com duração de até 12 dias, acompanhados ou não de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: lombalgia, mal estar, calafrios, náuseas, tonteadas.
- Forma moderada: apresenta as manifestações clínicas da forma leve associada a icterícia e elevação de aminotransferases, colúria, congestão conjuntival e facial, podendo apresentar hemorragia leve, traduzida por gengivorragias e epistaxe, mas sem hemorragia sistêmica de grande vulto e sem sinais de insuficiência renal aguda.
- Forma grave: Esta forma se deve a um processo de visceralização viral. Neste processo, o vírus invade os órgãos como fígado, baço, rim e coração, e inicia uma disfunção orgânica, que caracteriza a gravidade da doença. Além da sintomatologia das formas anteriores em maior intensidade, manifesta-se com dor abdominal, sinais de comprometimento hemodinâmico (hipotensão, enchimento capilar maior que 2 segundos, oligúria, acidose metabólica), alteração do nível de consciência, sinais evidentes de acometimento hepático (icterícia acentuada, aumento das aminotransferases, alteração de coagulograma – RNI > 1,5 vezes o normal ou atividade de protrombina < 60%), hemorragia sistêmica, sinais de insuficiência renal aguda, na maioria das vezes evoluindo para o coma seguido de óbito.

Para mais informações, acesse o Manual de Manejo Clínico da Febre Amarela do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

4- Caso suspeito e notificação

Caso suspeito de febre amarela é: indivíduo não vacinado contra febre amarela, ou com estado vacinal ignorado, que apresentou quadro infeccioso febril agudo (geralmente, até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em primatas não humanos e/ou em áreas recém-afetadas e suas proximidades.



A informação sobre o estado vacinal da FA deve ser coletada, pois é imprescindível para fins de vigilância e controle. A data da vacina é essencial para diferenciar os casos suspeitos de febre amarela pelo vírus selvagem (incluindo falha vacinal) ou suspeitos de evento adverso pós- -vacinação (EAPV), uma vez que a ficha de notificação e as ações de controle são diferenciadas.

Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível para detectar maior número de casos, considerando-se o amplo espectro clínico da doença.

A doença é de notificação compulsória e imediata, conforme definido na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, publicada na Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022.

Portanto, todo caso suspeito deve ser notificado por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação da Febre Amarela eSUS-VS.

5- Investigação de casos

Imediatamente após a notificação de um ou mais casos suspeitos de febre amarela, deve-se iniciar a investigação epidemiológica, pois um caso pode significar a existência de um surto, o que impõe a adoção de medidas de controle em tempo oportuno.

A Ficha de Notificação/Investigação da Febre Amarela contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

Outros itens e observações podem ser incluídos, conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação. Relatórios de investigação de campo, levantamentos de dados do prontuário, além de toda informação considerada relevante na investigação, devem ser comunicados por meio de informes complementares.

A investigação de caso deve conter informações importantes para confirmar a suspeita diagnóstica (dados da história e manifestações clínicas, dados de prontuário, histórico vacinal, evolução clínica, coleta amostras para exames específicos e envio ao laboratório de referência), identificar local provável da



infecção, identificar da área de transmissão, determinar a extensão da área de transmissão e a produção de relatório final com recomendações e conclusões.

Para mais informações, roteiro e detalhamento do processo de investigação, acesse o Guia de Vigilância em Saúde, volume 2. (BRASIL, 2023).

6- Diagnóstico laboratorial


O Laboratório de Saúde Pública do Espírito Santo disponibiliza os ensaios para o diagnóstico laboratorial de Febre Amarela sendo eles: RT-qPCR, Pesquisa de IgM por Imunoensaio, Isolamento Viral e Imunohistoquímica.

Diante da avaliação clínica inicial para estabelecimento das medidas primárias, é possível avaliar e classificar a suspeita para o paciente, de forma a se realizar a coleta de material biológico adequado ao quadro do paciente, uma vez que cada metodologia é aplicável a uma fase diferente da doença, de acordo com o quadro apresentado abaixo (Quadro 1).



Quadro 1. Tipos de amostras biológicas para febre amarela e metodologias de acordo com o início dos sintomas/ou óbitos.

Metodologia		Dias corridos a partir do início dos sintomas														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Biologia Molecular (RT-qPCR)	Febre Amarela	Soro														
Imunologia (Imunoensaio)*	Febre Amarela - IgM	Soro														
Isolamento Viral	Febre Amarela	Sangue														
		Óbitos - Horas post mortem														
		8	16	24												
Imunohistoquímica*	Febre Amarela	Biópsia ¹														
Isolamento Viral	Febre Amarela	Biópsia ²														

Mais informações, acesse:



Manual de Procedimentos Técnicos para Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras Biológicas do Lacen/ES

Os tecidos indicados para biópsia podem variar de acordo com a metodologia:
¹ Fragmentos de pele com vasculite, músculos, rim, fígado e pulmão (mínimo 1 cm³)
² Fragmentos de, no mínimo 1 cm³, de tecidos: fígado, rim, coração, baço, linfonodo
***Ensaio realizado pelo Lab. Ref. Nacional - FIOCRUZ/RJ**



As orientações sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para o diagnóstico laboratorial estão disponíveis no quadro 2, e no MAN.NB01.001 - Manual de Procedimentos Técnicos para Análises Laboratoriais Biológicas (disponível em: <https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>).

Quadro 2. Orientações quanto a coleta de material biológico para o diagnóstico laboratorial de Febre Amarela.

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Isolamento Viral	Soro ¹ Sangue total sem anticoagulante ² Criança: 2 mL a 5 mL Adulto: 10mL	Até o 5° dia a partir do início dos sintomas Após a coleta, armazenar imediatamente o tubo com a amostra sob refrigeração	Tubo estéril hermeticamente fechado Manter em nitrogênio líquido ou <i>freezer</i> a - 70 °C	Nitrogênio líquido ou caixa isotérmica com gelo seco ou reciclável No caso de transporte com gelo reciclável, encaminhar ao LACEN em, no máximo, até 6h
	Fragmentos de, no mínimo, 1 cm ³ de tecidos: fígado, rim, coração, baço, linfonodo	Logo após o óbito ou dentro das primeiras 8h e, no máximo, 24h após o óbito	Recipientes estéreis separados (1 recipiente para cada fragmento de tecido)	
RT- PCR em Tempo Real (RT-qPCR)	Soro ¹ : 2 mL	Até o 10° dia a partir do início dos sintomas	Tubo estéril hermeticamente fechado As amostras poderão ser acondicionadas em geladeira entre 2 a 8°C até no máximo 24 horas após a coleta ou em <i>freezer</i> a -20 °C até 7 dias; após este período, manter a -70 °C	
Pesquisa de IgM por Imunoensaio	Soro ¹ : 2 mL	A partir do 6° dia do início dos sintomas	Tubo de ensaio 12x75mm hermeticamente fechado Manter em geladeira Entre 2 a 8 °C por até 48 horas após a coleta ou em <i>freezer</i> a - 20 °C até o momento do envio	Caixa isotérmica com gelo seco ou gelo reciclável
Imuno- histoquímica	Fragmentos de pele com vasculite, músculos, rim, fígado e pulmão (mínimo, 1 cm ³) ^C	Material de biópsia: antes do início do tratamento Material de necropsia: até 24h após o óbito	Frasco estéril com solução de formalina 10% tamponada ou incluídos em blocos de parafina Temperatura ambiente	Caixa isotérmica sem gelo
Documentação: ficha de investigação (e-SUS VS), cadastro impresso do GAL e listagem GAL de exames encaminhados.				

Mais
informações,
acesse:

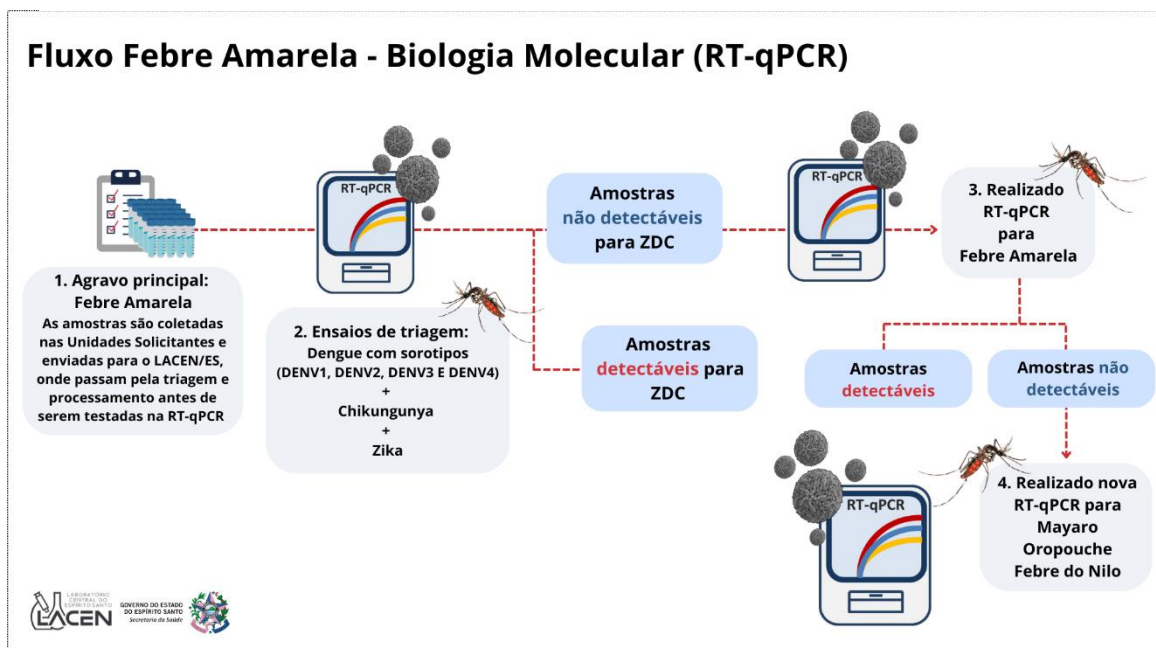


Manual de Procedimentos Técnicos para
Coleta, Acondicionamento e Transporte
de Amostras Biológicas do Lacen/ES



Para as testagens realizadas por meio de ensaios moleculares (RT-qPCR) a pesquisa é expandida, buscando o rastreamento e circulação de outros arbovírus, em tempo oportuno, como apresentado no fluxo simplificado abaixo (Quadro 3).

Quadro 3. Fluxo de febre amarela para biologia molecular (RT-qPCR).



7- Confirmação de casos

Preferencialmente os casos de febre amarela devem ser confirmados pelo critério clínico-laboratorial. Os critérios de confirmação estão descritos abaixo.

Critério clínico laboratorial

Caso suspeito que apresente pelo menos uma das seguintes condições:
Isolamento do vírus da febre amarela.

- Detecção do genoma viral. Em situações atípicas e/ou em detecções de eventos isolados no tempo e no espaço, em situações de relevância epidemiológica, a detecção de fragmento do genoma viral precisa ser acompanhada dos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais e, se necessário ainda, deve ser seguida do sequenciamento genético.



- Detecção de anticorpos IgM pela técnica de ELISA em indivíduos não vacinados, associados aos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais.
- Aumento de quatro vezes ou mais dos títulos de anticorpos, detectados na sorologia em amostras pareadas pela técnica de inibição da hemaglutinação (IH).
- Achados histopatológicos que apresentem as lesões compatíveis com infecção recente por febre amarela nos tecidos elegíveis para o diagnóstico, acompanhados da detecção de antígeno viral em técnica de imuno-histoquímica.

Também, pode ser considerado um caso confirmado aquele indivíduo assintomático ou oligossintomático que, originário de busca ativa e não vacinado contra a febre amarela, apresentou resultado positivo por meio de técnica laboratorial conclusiva.

Critério vínculo epidemiológico

Caso suspeito de febre amarela que evoluiu para óbito em menos de dez dias, sem confirmação laboratorial, em período e área compatíveis com surto ou epidemia, em que outros casos e/ou epizootias de PNH já tenham sido confirmados laboratorialmente.

Caso descartado

Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que comprovado que as amostras foram coletadas em tempo oportuno e em condições adequadas para a técnica laboratorial realizada; e/ou caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.

8- Medidas de prevenção

As ações e as estratégias de prevenção contemplam atividades de vigilância (epidemiológica, de epizootias em primatas não humanos, entomológica e ambiental), imunização, diagnóstico laboratorial, assistência à saúde e comunicação, as quais devem ser planejadas, gerenciadas e executadas de maneira integrada e coordenada. A vacina é a principal ferramenta de prevenção



à doença e de contenção de surtos, além de reduzir o risco de reurbanização da transmissão (por *A. aegypti*).

As estratégias recomendadas para prevenção da reurbanização da febre amarela são:

- Alcançar e manter a cobertura vacinal maior ou igual a 95% em áreas de risco e infestadas por *A. aegypti*;
- Orientar medidas de proteção individual para as pessoas que se expõem em áreas de risco;
- Eliminar *A. aegypti* e/ou manter os índices de infestação muito baixos, próximos de zero;
- Isolar os casos suspeitos no período de viremia em áreas infestadas por *A. aegypti*;
- Informar a ocorrência de PNH doentes ou mortos à vigilância epidemiológica/ambiental, para a coleta de amostras e posterior análise;
- Realizar identificação taxonômica oportuna para pronta intervenção da Vigilância Epidemiológica;
- Implementar a vigilância laboratorial das enfermidades do diagnóstico diferencial.

9- Vacinação

A vacinação contra a febre amarela é uma medida eficaz de saúde pública para prevenir a doença, oferecendo segurança comprovada pela experiência acumulada ao longo dos anos. A vacina febre amarela faz parte do calendário básico de vacinação conforme esquema abaixo.

Esquema Vacinal:

- Crianças entre 9 (nove) meses de vida a menores de 5 cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias): Administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses de vida, e uma dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade;



- Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam apenas uma dose da vacina antes de completarem 5 anos: administrar 1 (uma) dose de reforço. Respeitar o intervalo mínimo de 30 (trinta) dias;
- Pessoas de 5 (cinco) a 59 anos de idade, não vacinadas: Administrar 1 (uma) dose única.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, exclusivamente por via subcutânea.

É importante ressaltar as principais contraindicações à vacinação, como alergias graves a componentes da vacina, histórico de reação alérgica severa à dose anterior, gestantes, lactantes e imunossuprimidos. Para informações adicionais sobre as contraindicações e precauções para vacinação, consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª edição, 2023, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicosespeciais_6a-edicao_2023.pdf/view

10- Vigilância de primatas não humanos

Epizootia é a ocorrência de um determinado evento em um número de animais ao mesmo tempo e na mesma região, podendo levar ou não a morte. Sua relevância é atestada pelo fato de estar incluída na lista de eventos de notificação imediata (Portaria nº 115-R, de 04 de agosto de 2022) e deve ser notificada no e-SUS VS.

O grupo de interesse são os primatas não humanos na FA e, o encontro de animais mortos ou doentes, sejam eles silvestres ou de cativeiro, é de extrema importância, pois eles são sentinelas para a circulação do vírus no ambiente.

A notificação de uma epizootia por PNH pode ser realizada por qualquer pessoa, telefonando ou indo diretamente a uma Unidade de Vigilância Ambiental ou Epidemiológica do município.



11- Vigilância entomológica

No cenário da Vigilância Epidemiológica da febre amarela (FA), a Vigilância Entomológica apresenta-se como uma ferramenta para a determinação do diagnóstico e atribuição de causa aos casos suspeitos, tanto em humanos quanto em primatas não humanos. Sua aplicação na vigilância de FA baseia-se na pesquisa viral a partir de mosquitos; caso o resultado seja positivo, isso permite estabelecer vínculo epidemiológico entre esse achado laboratorial e o evento que está sendo investigado, ou pode ainda prever o risco de transmissão de arbovírus para o homem ou para outros animais.

Para efeito das ações propostas no âmbito da entomologia aplicada à vigilância de casos humanos e epizootias suspeitas de FA, distinguem-se as ações de caráter ativo daquelas de caráter passivo, a depender do objetivo que se pretende:

- Ativa (monitoramento entomológico): ações que se baseiam no monitoramento de áreas estratégicas (sentinelas e vulneráveis/receptivas), com o intuito de acompanhar espacial e temporalmente populações de culicídeos potencialmente vetores, detectar precocemente a circulação viral e definir áreas com potencial de transmissão (receptivas), nas quais serão desencadeadas medidas preventivas.
- Passiva (investigação entomológica): atividades desencadeadas por ocasião de notificações de casos humanos ou epizootias em PNH suspeitos de FA, a partir das quais são desencadeadas medidas de bloqueio de transmissão. Nessa modalidade, são levantados dados que contribuem para classificar os eventos notificados como descartados ou confirmados, a depender dos resultados encontrados.

Em relação à vigilância passiva, os locais prováveis de infecção (LPI) devem ser bem caracterizados nas notificações, levando em consideração os deslocamentos, os períodos de viremia, a presença de mata (fragmentos, bosques), a proximidade de córregos assim como de aglomerados humanos.

O controle químico (nebulização) só deverá acontecer no caso de epidemias urbanas e periurbanas, e visa a eliminação das formas aladas no período crítico,



pois a ação mais eficaz continua sendo o controle larvário nos recipientes que podem servir de criadouros do vetor.

Dessa maneira, a mobilização da população para as medidas de controle de *Aedes aegypti* é de suma importância, principalmente em regiões mais próximas aos fragmentos florestais, pois a redução da infestação vetorial também reduz a possível reintrodução de um ciclo urbano.

12- Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 2/2024 - DEDT/DPNI/DEMSP - **Alerta para intensificação das ações de vigilância e imunização nas áreas com transmissão ativa do vírus da febre amarela.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** - 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação (2024)**. Brasília, DF: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual de manejo clínico da febre amarela**. Brasília, DF: MS, 2020. 55 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde** : volume 2 – 6. ed- Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 2 v. 560 p



Fabiana Marques Dias e Silva

Chefe de Núcleo Especial de Vigilância
Epidemiológica NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Adriana Endlich da Silva

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Karina Bertazo Del Carro

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Roberto da Costa Laperriere Junior

Chefe de Núcleo Especial de Vigilância
Ambiental NEVA/GEVS/SSVS/SESA-ES

Rodrigo Ribeiro Rodrigues

Coordenação Geral do Laboratório Central de
Saúde Pública

Danielle Grillo Pacheco Lyra

Coordenadora do Programa Estadual de
Imunizações e Vigilância das
Imunopreveníveis

João Paulo Cola

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Raphael Lubiana Zanotti

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Luana Morati Campos Corrêa

Núcleo Especial de Vigilância Ambiental
NEVA/GEVS/SSVS/SESA-ES

Adilson Arimatéa Rosa

Núcleo Especial de Vigilância Ambiental
NEVA/GEVS/SSVS/SESA-ES

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

JOÃO PAULO COLA

ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 08:48:58 -03:00

ADRIANA ENDLICH DA SILVA DELA COSTA

ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 09:00:14 -03:00

KARINA BERTAZO DEL CARRO

BIOLOGO - DT
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 21/05/2024 09:45:48 -03:00

ROBERTO DA COSTA LAPERRIERE JUNIOR

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEVA - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 09:44:22 -03:00

RODRIGO RIBEIRO RODRIGUES

COORDENADOR GERAL DO LACEN QCE-02
LACEN - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 09:07:00 -03:00

FABIANA MARQUES DIAS E SILVA

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 11:16:47 -03:00

RAPHAEL LUBIANA ZANOTTI

MEDICO

NEVE - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 09:27:17 -03:00

LUANA MORATI CAMPOS CORRÊA

BIOLOGO - QSS

NEVA - SESA - GOVES

assinado em 21/05/2024 12:58:57 -03:00

ADILSON ARIMATÉA ROSA

VETERINARIO - DT

NEVA - SESA - GOVES

assinado em 20/05/2024 12:41:12 -03:00

DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA

ENFERMEIRO - QSS

NEVE - SESA - GOVES

assinado em 21/05/2024 10:30:20 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 21/05/2024 12:58:57 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JOÃO PAULO COLA (ENFERMEIRO - DT - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-299TT4>