



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação Materno Infantil

Nota Técnica nº 28/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CMI/2023

PROCESSO Nº 1320.01.0037178/2023-39

Assunto: Atualização da Nota Técnica nº11/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CMI/2023 - Orientações quanto a transmissão vertical do Vírus Chikungunya (CHIKV) e acompanhamento clínico da Gestante e do Recém-Nascido (RN)

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO ATUAL

De acordo com os dados divulgados no painel de monitoramento de casos de arboviroses (<https://www.saude.mg.gov.br/aedes/painel>) no dia 12 de Maio de 2023 iniciou a semana epidemiológica 23, entre as semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2023 foram notificados 73.240 casos prováveis de chikungunya no estado de Minas Gerais, com confirmação de 40.979 casos e proporção de casos prováveis de 16,1%. Até a semana relatada, há 18 óbitos investigados e 23 óbitos confirmados pela doença no estado.

O Boletim Epidemiológico de monitoramento de Arboviroses Urbanas (Dengue, Chikungunya e Zika) podem ser acompanhados semanalmente pelo link [https://www.saude.mg.gov.br/component/search/?all=Boletim+Epidemiol%C3%B3gico+de+Monitoramento+dos+casos+de+Dengue%2C+Chikungunya+e+Zika+V%C3%ADrus&area=all#:~:text=Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Monitoramento%20dos,\(22%2F05%2F23\)&text=At%C3%A9%202022%2F5%2C%20Minas%20Gerais,foram%20confirmados%20para%20a%20...](https://www.saude.mg.gov.br/component/search/?all=Boletim+Epidemiol%C3%B3gico+de+Monitoramento+dos+casos+de+Dengue%2C+Chikungunya+e+Zika+V%C3%ADrus&area=all#:~:text=Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Monitoramento%20dos,(22%2F05%2F23)&text=At%C3%A9%202022%2F5%2C%20Minas%20Gerais,foram%20confirmados%20para%20a%20...) e também através do Painel Epidemiológico das Arboviroses acessando o link: <https://www.saude.mg.gov.br/aedes/painel>

O atual cenário epidemiológico aponta aumento significativo no número de registros de chikungunya no estado nos últimos anos. Embora haja notificações de casos prováveis de Chikungunya em todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais, atualmente as regiões Norte e Nordeste são as mais acometidas pela doença no estado, respondendo juntas por cerca de 95% das notificações.

Em Abril de 2023 foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) a confirmação de 01(um) caso de transmissão vertical de Chikungunya no estado de Minas Gerais, sem ocorrência de óbito. Contudo, no primeiro semestre de 2023 houve 11(onze) casos notificados de Recém Nascidos para este tipo de arbovirose. Destas notificações 03 (Três) evoluíram para óbitos e estão em investigação.

O CHIKV representa grande risco para o RN se a mãe apresentar infecção aguda próxima ao parto. O risco de transmissão vertical descrito na literatura é de cerca de 50%, sendo que 90% dos afetados podem desenvolver manifestações graves, em especial, complicações neurológicas.

Esta Nota Técnica tem o objetivo de orientar os cuidados no acompanhamento de gestantes com infecção por CHIKV e seus RNs.

1. DEFINIÇÃO DE CASO

1.1. GESTANTE OU PUÉRPERA COM RISCO DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Gestantes que, em até 07 dias (D7) antes do parto, preencham a definição de caso suspeito de Chikungunya, apresentando febre acima de 38,5°C, artralgia ou artrite intensa não explicada por outras causas.

Puérperas que, em até 02 (D2) dias após o parto, preencham a definição de caso suspeito de Chikungunya, apresentando febre acima de 38,5°C, artralgia ou artrite intensa não explicada por outras causas.

1.2. RECÉM-NASCIDO COM SUSPEITA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Recém-nascido de mãe com suspeita de Chikungunya, considerando os critérios acima definidos para gestantes e puérperas com risco de transmissão vertical.

2. QUADRO CLÍNICO

2.1. GESTANTES

O curso da infecção na gestante não é diferente do descrito para adultos, mas é importante o monitoramento diário das gestantes com suspeita de chikungunya, e caso sejam verificadas situações que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, é necessário o acompanhamento em leito de internação.

Embora não haja evidências de efeitos teratogênicos associados à infecção pelo CHIKV, pode ocorrer perda fetal (abortamento ou óbito fetal). Na maioria das vezes, esses casos ocorrem nos quadros mais sintomáticos, em especial, com febre elevada e persistente. Trabalho de parto pré-termo pode ocorrer complicando a infecção aguda materna no 2º ou 3º trimestre de gestação. Durante o trabalho de parto de gestantes infectadas existe mais risco de sofrimento fetal.

Vale ressaltar que a suspeita de infecção pelo CHIKV exige investigação das outras doenças exantemáticas, em especial diagnóstico diferencial com outras arboviroses (dengue e Zika) e as infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus).

2.2. RECÉM-NASCIDOS

Quando o parto ocorre no período de viremia materna, a transmissão vertical ocorre em cerca de 50% das vezes, e, nesses casos, até 90% dos RN afetados podem apresentar quadros graves. O maior risco ocorre nos casos de infecção materna aguda 2 dias (D2) antes e até 2 dias (D2) após o parto.

Os dados disponíveis atualmente mostram que adiamento do parto e a via de parto não influenciam o risco da transmissão vertical.

O RN sintomático, em geral, apresenta quadro clínico semelhante ao da sepse neonatal precoce ou encefalite herpética. As manifestações surgem entre 3 e 7 dias (D3 e D7) após o nascimento, sendo bastante rara a manifestação nos 2 primeiros dias (D2) de vida. Febre ocorre na maior parte dos casos e a dor manifesta-se por irritabilidade ou choro intenso. Podem estar presentes edema de extremidades (principalmente membros inferiores), sucção débil, exantema polimórfico tipo vesicobolhoso com aspecto de pele escaldada, hemodinâmica, neurológicos indicativos de meningite (convulsões, rebaixamento do sensório) e manifestações hemorrágicas (petéquias, hemorragia intraventricular). O quadro abaixo apresenta as principais características da CHIKV congênita (Ver Quadro Item 4.2).

2.3. ALTERAÇÕES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

- Plaquetopenia baixa atividade de protrombina
- Elevação das transaminases
- Alterações neurológicas em exames de imagem (edema cerebral, hemorragia intraventricular, alterações de substância branca)
- Alterações no ecocardiograma (ECO) sugestivas de miocardite/ insuficiência cardíaca são descritas
- Linfopenia.

3. CONDUTA DIANTE DE CASOS SUSPEITOS

3.1. GESTANTES

Para a gestante em trabalho de parto ou que necessitar de interrupção da gestação até 07 dias (D7) após o início dos sintomas, é recomendado o encaminhamento para maternidade de alto risco com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal para garantir a adequada assistência à gestante, ao parto e ao RN.

A coleta do RT-PCR deverá ser feita tanto no RN quanto na mãe e para assegurar os resultados deverá ser coletado também a sorologia.

Devem ser colhidos após o nascimento amostra de sangue de cordão umbilical (de 2 a 5 mL) e fragmento de placenta (três fragmentos de 1cm³ cada) para realização de RT-PCR para CHIKV. Deve-se,

também, coletar amostra de sangue periférico da puérpera e enviar soro para realização de RT-PCR e sorologia IgM e IgG (caso não tenham sido anteriormente realizados), sendo indicada a repetição da sorologia 7 dias (D7) após o primeiro exame, quando o resultado anterior for negativo. Nos casos em que o RN for sintomático, recomenda-se a coleta de sorologia pareada (mãe e RN) a partir do dia 6(D6) de vida, mesmo nos casos nos quais o resultado da RT-PCR nas amostras do RN e placenta tenham sido negativas O envio das amostras deve ser feito em conformidade com as normativas previstas no Manual de Coleta e Transporte de Material Biológico para Exames Laboratoriais disponível em:

<http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-orientacoes-para-o-envio-de-amostras-biologicas-para-a-FUNED.pdf>

3.2. RECÉM-NASCIDO

O RN suspeito, mesmo que assintomático, deve permanecer na instituição hospitalar em observação, por no mínimo 07 dias. Caso apresente quadro clínico sugestivo, descrito acima, deverá ser transferido imediatamente para UTI neonatal.

4. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

4.1. GESTANTES

Até o momento atual, não existe tratamento específico para as arboviroses. O tratamento da gestante é o mesmo indicado para os adultos, mas respeitando a restrição do uso de anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) na gestação. AINEs só podem ser utilizados na gestação, em casos excepcionais, e, mesmo assim, apenas em idade gestacional entre 16 e 30 semanas, por períodos não superiores a 3(três) dias.

Durante o trabalho de parto de gestantes com infecção confirmada ou suspeita recomenda-se monitorização rigorosa das condições fetais, pelo risco aumentado de sofrimento fetal.

A via de parto é de indicação obstétrica, pois a cesariana não altera o risco da transmissão vertical.

Não há evidência científica que demonstre a transmissão do CHIKV pelo leite materno, sendo que a recomendação é pela manutenção do aleitamento materno.

4.2. RECÉM-NASCIDO

O RN assintomático deve permanecer em internação hospitalar conjunta com a mãe por pelo menos 7 dias e, na vigência de algum sintoma, deve ser transferido para UTI neonatal para monitorização e tratamento das complicações. O quadro abaixo apresenta as complicações encontradas nos RN sintomáticos.

Características da Chikungunya congênita

Características Clínicas	Manifestação
Febre	
Neurológicas	Hipoatividade Irritabilidade Sucção débil Encefalopatia/encefalite Meningo encefalite Convulsões Hemorragia intracraniana

Dermatológicas	Erupção maculopapular Hiperpigmentação Dermatose bolhosa Descamação de pele
Respiratórias	Apneia Insuficiência respiratória
Hematológicas	Trombocitopenia Coagulação intravascular disseminada
Cardiovascular	Instabilidade hemodinâmica Miocardite Derrame pericárdio Pericardite
Gastrintestinal	Enterocolite Diarreia Mucosite Hemorragia gastrintestinal
Mortalidade Perinatal	Abortamento Natimorto Neomorto

Fonte: Ferreira et al, PLoS ONE 2021.

Os exames laboratoriais devem ser solicitados em conformidade com a avaliação do neonatologista, mas, em geral, são incluídos:

- Hemograma, coagulograma (AP, PTTA, RNI), AST, ALT, PCR (proteína C reativa), gasometria arterial. Outros exames, a critério médico, poderão estar indicados de acordo com a evolução clínica.
- RT-PCR para CHIKV através de coleta de soro e/ou sangue de cordão e/ou fragmento de placenta. Importante priorizar a coleta de amostras para biologia molecular.
- Sorologia IgM e IgG para CHIKV em soro sendo IgM a partir do dia 6(D6) do início dos sintomas e IgG a partir do dia 21(D21) de vida ou de sintomas, pareados com a mãe.
- Exames específicos de outras infecções congênicas (STORCH , dengue e ZIKV)

Como já mencionado, não há tratamento específico para CHIKV. O manejo do RN sintomático consiste em tratamento de suporte.

Após alta hospitalar, o RN sintomático ou assintomático que possuir exame positivo, deverá ser encaminhado para acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor nas consultas de puericultura da atenção primária e caso observado algum atraso no desenvolvimento poderá ser encaminhado à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Minas Gerais possui na RCPD Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI) e Centros Especializados em Reabilitação (CER) com modalidade de reabilitação intelectual, que contam com o Programa Estadual de Intervenção Precoce Avançado (PIPA).

No âmbito desse programa a criança infectada será acompanhada de 0 aos 24 meses de vida com o objetivo de garantir ao máximo o desenvolvimento das capacidades físicas, sensoriais e sociais, desde os primeiros momentos de vida, sendo uma prática adotada internacionalmente. Dessa forma, as maternidades e a atenção primária à saúde poderão encaminhar estes RN de risco que apresentem atrasos no desenvolvimento para os programas de intervenção precoce.

Também deverá ser encaminhado aos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), e ao Centro de Especialidade Médica (CEM), o RN que atenda aos critérios descritos nos Protocolos de Encaminhamento.

5. ORIENTAÇÕES PARA REGULAÇÃO DOS CASOS DE CONFIRMADOS OU SUSPEITOS DE CHIKV

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial tem o papel de viabilizar acesso aos leitos hospitalares e recursos assistenciais nas situações de urgência e emergência no âmbito da Rede Assistencial de Saúde do SUS/MG ao promover a interlocução entre os estabelecimentos de saúde e as Centrais Regionais de Regulação Assistencial (CRRAs). Em se tratando desta temática específica, a regulação visa promover o acesso à assistência pelas gestantes e puérperas em situação de urgência e emergência, no âmbito do SUS-MG.

Dito isso, ao dar entrada em estabelecimentos de saúde habilitados para atendimento em urgência e emergência no estado de Minas Gerais, o estabelecimento de saúde de solicitante (origem) irá inserir a solicitação de transferência/internação via SUSfácilMG ou sistema que vier substituí-lo, contendo o laudo do paciente, munido de informações detalhadas sobre seu quadro clínico. O estabelecimento de saúde solicitante deverá também proceder com atualizações diárias do laudo, estar disponível via chat no SUSfácilMG e responder as pendências registradas no sistema. Ademais, é de sua responsabilidade fazer contato com o estabelecimento de saúde de destino para esclarecimentos, além da definição do meio de transporte adequado a ser utilizado. Após registrada, essa solicitação será recebida pela CRRAs, que dará início a busca por leito que melhor atenda à condição de saúde do paciente e respeitando o fluxo acima citado.

Importa mencionar que as CRRAs são estruturas operacionais que constituem o Sistema Estadual de Regulação Assistencial, no nível regional, responsáveis por organizar o fluxo e atender às demandas de urgência e emergência do(a)s usuário(a)s do SUS-MG na macrorregião onde estão inseridas ou para outras macrorregiões, no caso da necessidade de transferências. Ainda, as CRRAs funcionam ininterruptamente, durante 24 horas por dia, sete dias da semana e em regime de plantões, configurando o primeiro dispositivo a ser acionado quando da necessidade de internação e/ou transferência para uma unidade hospitalar específica.

Para os municípios que não possuem porta de entrada em urgência /emergência, a seu turno, são regulamentados pelo art. 13 da resolução 8.340/ 2022, em que para estes casos, o fluxo regulatório ocorrerá mediante encaminhamento do paciente pelo município para o estabelecimento de saúde de referência da região, que prosseguirá com a solicitação de transferência via SUSfácilMG ou sistema análogo.

Cabe às CRRAs receber os laudos das pacientes e iniciar as buscas por leitos de forma ininterrupta e cabe ao médico regulador plantonista avaliar os laudos, considerando o quadro clínico, protocolos técnicos de avaliação e critérios clínicos de priorização e identificar o estabelecimento de saúde para a transferência, considerando a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Rede assistencial pactuada, registrando pendências sempre que necessário. Com relação às demandas associadas à Ginecologia e Obstetrícia, temática na qual estão inseridas no SUSfácilMG como “intercorrências clínicas na gravidez” e a “gestação de alto risco”, tais solicitações seguem da mesma forma descrita anteriormente. É importante registrar que os médicos reguladores plantonistas não podem ser responsabilizados por ações assistenciais, visto que eles não atuam nos estabelecimentos de saúde, realizando assim ações diferentes destes profissionais.

Neste sentido, para melhor entendimento, segue figura explicativa:



Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022.

5.1. GESTANTES – CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO – EM TRABALHO DE PARTO OU QUE INDICAÇÃO DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

Para situações nos quais a gestante esteja em trabalho de parto ou com indicação de interrupção da gestação devido aos casos suspeitos ou confirmados de CHIKV, o médico regulador plantonista deve solicitar a transferência para uma unidade hospitalar com maternidade, UTIN e UTI adulto ou com habilitação para GAR. Ademais, deve seguir os protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização pactuados nas CRRAs.

5.2. RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM SUSPEITA OU INFECÇÃO CONFIRMADA POR CHIKV

Para situações nas quais o parto de caso suspeito ou confirmado que não ocorreu em maternidade GAR o RN deverá ficar internado por 7 dias no estabelecimento de saúde em observação e para os casos em que o RN apresentar alguma sintomatologia, ele deverá ser encaminhado à UTI Neonatal em unidade GAR de referência.

6. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE CHIKV

Os casos são de notificação compulsória SEMANAL. Casos de ocorrência em áreas sem transmissão ou se houver óbito devem ser comunicados em, no máximo, 24 horas.

Em caso de óbito em investigação por chikungunya, também deve ser informada a Coordenação Estadual de Vigilância das Arboviroses (CEVARB) pelo e-mail dengue@saude.mg.gov.br e também a Referência Técnica responsável. Também é importante salientar que, em caso de óbitos, durante o preenchimento da ficha de notificação no SINAN, o campo da “Evolução” deve ser imediatamente preenchido com o código “4 - Óbito em Investigação”, de acordo com Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS- SVE-DVAT-CEVARB/2023: orientações para notificação, investigação e encerramento de óbitos por arboviroses em Minas Gerais, disponível em <https://www.saude.mg.gov.br/images/Nota%20%C3%A9cnica%20n%C2%BA%201%20SES-SUBVS-SVE-DVAT-CEVARB%202023.pdf>.

A investigação dos casos notificados e de seus contatos deve ser iniciada, imediatamente, após a notificação. Os objetivos principais dessa ação são:

- Identificar, precocemente, o RN suspeito para tratar as complicações
- Confirmar o diagnóstico
- Identificar a fonte e modo de transmissão
- Identificar grupos/territórios com maior risco da doença identificar fatores determinantes
- Determinar as principais características epidemiológicas Desencadear ações de prevenção e controle

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basurko C, Hcini N, Demar M et al. Symptomatic Chikungunya virus infection and pregnancy outcomes: A nested case-control study in French Guiana. *Virus es*. 2022; 14(12):2705-2714.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: Manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 65p. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. - 5. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126p. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf.
5. Ferreira FCP, Silva ASV, Recht J et al. Vertical transmission of Chikungunya virus: A systematic review. *PLoS ONE*. 2021; 16(4): e0249166.
6. Foeller ME, Nosrat C, Krystosik A et al. Chikungunya infection in pregnancy - reassuring maternal and perinatal outcomes: a retrospective observational study. *BJOG*. 2021; 128(6):1077-1086.
7. Fritel S, Rollot O, Gerardin P, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Reunion, France, 2006. *Emerg Infect Dis* 2010; 16(3):418-25.
8. Gopakumar H & Ramachandran S. Congenital Chikungunya. *J Clin Neonatol*. 2012;1(3):155-156.
9. Karthiga V, Kommu PPK, Krisnan L. Perinatal Chikungunya in Twins. *J Pediatr Neurosci*. 2016;11(3):223-224.
10. Lyra PPR, Campos GS, Moreira LMO. Congenital Chikungunya Virus Infection after an Outbreak in Salvador, Bahia, Brazil. *AJP Rep*. 2016; 6(3): e299-e 300.
11. Manual de Coleta, Acondicionamento, e Transporte de Material Biológico para Exames Laboratoriais. Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças – OECD/FUNED, janeiro, 2018. Disponível em: http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/manual_coleta_amostras_biologicas_Funed.pdf.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Estadual de Intervenção Precoce Avançado - PIPA. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/pipa>.

13. Torres JR, Falleiros-Arlant LH, Duenas L, et al. Congenital and perinatal complications of Chikungunya fever: a Latin American experience Int J Infect Dis, 2016; 51:85-88.

14. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB - SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022. Aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: [Del 3941 - SUBREG DRUE - Sistema Estadual de Regulação Assistencial - Res.p d f \(saude.mg.gov.br\)](#). 12.

Ane Karine Alkmim de Sousa

Ref. Técnica da Coordenação Materno Infantil

Ednéia Pereira de Amorim

Ref. Técnica da Coordenação Materno Infantil

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Consultora técnica da Coordenação Materno Infantil

Daiana de Carvalho Souza

Coordenadora Materno Infantil

Gabriela Cintra Januário

Diretora de Ações Temáticas e Estratégicas

Amanda Guias Santos Silva

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Cosme Rezende Laurindo

Ref. Técnica da Coordenação Estadual de Vigilância das Arboviroses

Suely Lima Dias

Ref. Técnica da Coordenação Estadual de Vigilância das Arboviroses

Danielle Costa Capistrano Chaves

Coordenadora Estadual de Vigilância das Arboviroses

Thais Pereira de Oliveira

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Maira Alves Pereira

Referência Técnica do Laboratório de Arbovírus

SVR/DECD/DIOM

Fundação Ezequiel Dias

Flávia Ribeiro Soares Cruzeiro

Médica do centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde CIEVS MINAS

Raquel Siqueira Viana

Referência Técnica de Regulação

Camila Cátia Vilela Viana

Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência

Heloísa Vilaça Dias

Superintendência de Regulação

Documento assinado eletronicamente por **Amanda Guias Santos Silva, Superintendente**, em 20/06/2023, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suely Lima Dias, Servidor (a) Público (a)**, em 20/06/2023, às 15:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela Cintra Janeiro, Diretor (a)**, em 20/06/2023, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Heloísa Vilaça Dias, Superintendente**, em 21/06/2023, às 10:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thais Pereira de Oliveira, Servidor (a) Público (a)**, em 21/06/2023, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flavia Ribeiro Soares Cruzeiro, Servidor (a) Público (a)**, em 26/06/2023, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maira Alves Pereira, Servidor (a) Público (a)**, em 27/06/2023, às 09:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Catia Vilela, Diretor (a)**, em 29/06/2023, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Siqueira Viana, Servidor (a) Público (a)**, em 06/07/2023, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Costa Capistrano Chaves, Coordenador(a)**, em 11/07/2023, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Servidor (a) Público (a)**, em 12/07/2023, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ane Karine Alkmim de Sousa, Servidor (a) Público (a)**, em 12/07/2023, às 13:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daiana de Carvalho Souza, Coordenador(a)**, em 13/07/2023, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edneia Pereira de Amorim, Servidor (a) Público (a)**, em 13/07/2023, às 13:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **67974360** e o código CRC **CD0CA52F**.
