



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA - HCFAMEMA

Nº do Processo: 144.00004640/2023-95

Interessado: Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Assunto: Avaliação Pré Anestésica

CÓDIGO: HCF-CC-PAS-1

REVISÃO: 0

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com a Resolução 2.174 de 2017 do Conselho Federal de Medicina, antes da realização de qualquer anestesia, exceto em situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao anestesista decidir sobre a realização ou não do ato anestésico. Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesista deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente, antes da sua admissão no centro cirúrgico, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

2. APLICAÇÃO

Esta política se aplica a médicos anestesistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA.

3. AUTORIDADES E RESPONSABILIDADE

3.1 ANESTESISTA

Realização de consulta pré-anestésica de paciente com indicação de realização de procedimento cirúrgico com anestesia;

Liberação ou não do paciente para a realização do ato anestésico;

Orientar os pacientes sobre os riscos da anestesia;

Durante a avaliação o anestesista pode solicitar avaliação por outros especialistas para obter informações ou serviços relevantes para o cuidado perioperatório;

Entrega do Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação ao paciente para assinatura.

4. ELEGIBILIDADE / CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes com indicação cirúrgica no HCFAMEMA, que necessitarão de anestesia para a realização do

procedimento cirúrgico.

5. MARCADORES

Antibiótico na primeira hora;

Exames pré-anestésicos solicitados prontos em até 1 hora antes da cirurgia.

5.1 MARCADORES DE PROCESSO

Taxa de pacientes internados que não receberam avaliação pré-anestésica no dia anterior ao procedimento.

5.2 MARCADORES BIOLÓGICOS

Não se aplica.

6. METAS / INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A anamnese compreende questionamentos sobre a história, hábitos, medicações e alergias. Alergia e reações a drogas não são incomuns. Reações alérgicas verdadeiras são muito menos frequentes do que respostas não alérgicas como efeito colateral, reação adversa e interação medicamentosa. Portanto, é muito importante obter do paciente sua “história alérgica”. Toda droga que provoque manifestações cutâneas, edema facial, dispneia, sibilos e colapso cardiovascular deve ser considerada como causadora de reação alérgica verdadeira; lembrar especialmente de antibióticos, relaxantes musculares, alergia a frutos do mar (pode haver reação cruzada com contrastes intravenosos e com Protamina) e história de “alergia” a Sevoflurano e Succinilcolina, mesmo em parentes, pelo perigo de hipertermia maligna.

Anestesias anteriores devem ser diretamente discutidas: resposta a drogas empregadas, náusea e vômito, rouquidão, dificuldade respiratória e/ou cardiovascular e dificuldade para despertar.

Detalhar história clínica, experiências anestésicas prévias e medicações de uso recente. As medicações utilizadas pelo paciente, doses e horários devem ser pesquisadas. De especial importância são as drogas anti-hipertensivas, antiarrítmicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes e drogas endócrinas (insulina). A decisão de continuar tais drogas durante o período pré-anestésico deve basear-se na gravidade da doença, nas consequências da descontinuidade e nas interações com agentes anestésicos. Como regra geral, as medicações devem ser usadas até o momento da cirurgia, com exceção dos anticoagulantes que obedecem às regras específicas de administração no pré-operatório.

O exame físico compreende, além da avaliação de aspectos gerais, a avaliação da via aérea, condições de acessos venosos, ventilação sob máscara facial, ventilação mecânica e avaliação da coluna em casos de bloqueio no neuroeixo.

COMPONENTES DO EXAME DAS VIAS AÉREAS
Tamanho dos incisivos superiores;
Condições dos dentes;
Relação entre os incisivos superiores e inferiores;
Capacidade de avançar a mandíbula;
Distância interincisivos;
Visibilidade da Úvula;
Presença de pelos faciais densos;
Complacência do espaço mandibular;
Distância tireoideana;

Comprimento do pescoço;
Circunferência do pescoço;
Mobilidade da cabeça e pescoço.

Quadro 1.

FATORES DE RISCO PARA DIFICULDADE DE VENTILAÇÃO COM BALÃO E MÁSCARA	
Idade > 55 anos;	Presença de barba;
IMC > 26 Kg/m ² ;	História de roncos;
Ausência de dentes.	

Quadro 2.

FATORES DE RISCO PARA DIFICULDADE DE VENTILAÇÃO	
Apneia obstrutiva;	Anomalias congênitas da cabeça e pescoço;
História de roncos;	Artrite reumatoide;
Obesidade;	Síndrome de Down;
Aumento da circunferência cervical (>17 polegadas em homem e >16 polegadas em mulher);	Inabilidade em protuir a mandíbula ou dentes inferiores além dos dentes superiores;
Distância tireoimento > 7 cm com extensão cervical máxima;	Deformidades faciais e cervicais decorrentes de cirurgias prévias;
Índice de Mallampati alto;	Irradiação prévia de cabeça ou pescoço.

Quadro 3.

EQUIVALENTES METAÓLICOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL	
MET	NÍVEL DE EXERCÍCIO EQUIVALENTE
1	Comer, trabalhar no computador ou se vestir;
2	Descer escadas, caminhar em casa ou cozinhar;
3	Andar um ou dois quarteirões em terreno plano;
4	Subir uma colina; Correr curta distância; Trabalho pesado em casa;
5	Subir um lance de escadas, dançar ou andar de bicicleta;
6	Jogar golfe ou carregar os tacos de golfe;
7	Jogar tênis sozinho;
8	Subir escadas rapidamente ou correr lentamente;
9	Pular corda devagar ou andar de bicicleta moderadamente;
10	Nadar rapidamente ou correr;
11	Esquiar ou jogar basquete;
12	Correr rapidamente por moderadas a longas distâncias.

Quadro 4.

DROGAS E TEMPO DE SUSPENSÃO ANTES DO PROCEDIMENTO			
Drogas	Tempo	Drogas	Tempo
Clopidogrel**	7 dias	AAS	Não interromper
Ticlopidina**	14 dias	Colírios	Usar no dia
Warfarina	4 dias	Drogas para DRGE	Não interromper
□-bloqueadores	Não interromper	Drogas para Asma	Não interromper
IECA e BRA	Individualizar	Corticóides	Não interromper
Diuréticos	Interromper no dia	Drogas para doença psiquiátrica	Não interromper

Hipoglicemiantes orais	Interromper 24 h antes	Sildenafil ou similares	Interromper 24h antes
Estatinas	Não interromper	Inibidores da COX-2	Não interromper
Digoxina	Não interromper	AINE's (Não-seletivos)	Interromper 48h antes
Drogas para doença tireoideana	Não interromper	Inibidores da MAO	Não interromper ***

Quadro 5.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS

A solicitação de exames complementares deve ser realizada de forma individualizada. Rever e solicitar avaliações laboratoriais, meios diagnósticos e, se necessário para a condução do procedimento anestésico, interconsulta com outro especialista. Os exames devem ser solicitados de acordo com a doença do paciente e a cirurgia proposta.

9. RECOMENDAÇÕES PARA TODAS AS CIRURGIAS

Leve em consideração solicitar mais exames específicos de acordo com os medicamentos usados pelo paciente e outras morbidades não relacionadas neste protocolo, SEMPRE justificando os motivos para a solicitação não prevista pelo protocolo na avaliação pré-anestésica.

9.1 TESTE DE GRAVIDEZ

Pergunte a todas as mulheres em idade fértil, no dia da cirurgia, sobre seu potencial de engravidar e sobre o risco de estarem grávidas. Em caso de dúvida ou suspeita, pedir consentimento da paciente para solicitar teste de gravidez.

9.2 HEMOGLOBINA GLICADA

A validade do teste Hb1Ac, para pacientes com diagnóstico de diabetes, é de 3 meses;

Deve ser solicitada em todos os pacientes com diabetes insulínica ou diabetes mal controlado ou diabetes de longa data.

9.3 TESTES DE URINA (EAS, UROCULTURA)

Solicitar apenas se a presença de uma infecção do trato urinário for influenciar a decisão em operar.

9.4 RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

Não solicitar rotineiramente, independentemente da idade do paciente;

Deve ser solicitada quando houver suspeita de desvios de via aérea, quando houver planejamento de intubação com tubo duplo lúmen ou outras formas de intubação seletiva ou quando houver suspeita de acometimento pulmonar diagnosticável por radiografia de tórax.

9.5 ECOCARDIOGRAMA (REPOUSO)

Não solicitar em pacientes cardiopatas em geral, com finalidade de “avaliação detalhada da função cardiovascular”. Solicitar nas seguintes situações:

Se o paciente apresentar, simultaneamente, um sintoma cardiovascular (dispneia, pré-síncope, síncope ou dor torácica) e um sopro cardíaco;

Pacientes com suspeita clínica de estenose ou insuficiência valvar moderada ou grave e que não possuam avaliação ecocardiografia ou que possuam última avaliação há mais de um ano ou tenham apresentado piora clínica desde o último ecocardiograma;

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de hipertensão pulmonar cuja última avaliação foi realizada há mais de um ano ou que apresentaram piora clínica, com a finalidade de otimizar o paciente antes da cirurgia. Se não for

possível a otimização (urgências ou pacientes com pouca resposta ao tratamento clínico para HP) não é necessário novo ecocardiograma;

Candidatos a transplante de órgão sólido (rim, coração, pulmão, pâncreas, intestino ou fígado);

Pacientes com dispneia de origem desconhecida;

Pacientes com suspeita de Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono Grave ou de longa duração;

Pacientes com insuficiência cardíaca com piora da dispneia ou mudança de estado clínico;

Pneumonectomias ou lobectomias pulmonares com risco de serem ampliadas para pneumonectomias ou ressecção pulmonar em idosos;

Pacientes com IMC > 35;

Pacientes com DPOC moderado a grave;

Pacientes com antecedente de TEP;

Pacientes com antecedente de ressecção pulmonar prévia significativa.

9.6 ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSO

Pacientes com doença coronariana conhecida atual ou prévia (inclui angina, IAM);

Pacientes com doença cardíaca estrutural importante se cirurgia de risco moderado ou alto;

Pacientes com diabetes ou insuficiência renal (creatinina >2);

Pacientes com história e ou exame físico sugestivos de doença cardiovascular;

História recente de dor torácica;

Não exigir em cirurgias de baixo risco cardiovascular (ver risco cardiovascular das cirurgias).

9.7 TESTES DE FUNÇÃO RENAL

Portadores de nefropatia, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, pacientes em uso de diuréticos, pacientes que receberam drogas nefrotóxicas (ex: quimioterápicos), portadores de insuficiência hepática ou insuficiência cardíaca se não houver um resultado deste exame nos últimos 12 meses ou se há motivo para deterioração recente da função renal ou início do uso de drogas nefrotóxicas ou diuréticos. Evitar solicitação desnecessária de dosagem de ureia. Creatinina é suficiente para a maioria dos casos. Solicitar ureia apenas se suspeita de uremia.

9.8 TESTES DE COAGULAÇÃO

Pacientes em uso de anticoagulação;

Pacientes com insuficiência hepática;

Portadores de distúrbios de coagulação (história de sangramento);

Intervenções de médio e grande porte.

9.9 ALBUMINA SÉRICA

Cirurgias de grande porte ou com previsão de grande troca volêmica;

Pacientes hepatopatas.

9.10 TESTE ERGOMÉTRICO

Não solicitar em pacientes cuja capacidade funcional seja > 9 METs, exceto se pneumonectomia;

Pacientes submetidos a ressecções pulmonares;

Pacientes com capacidade funcional desconhecida;

Pacientes com suspeita de coronariopatia ou com fatores de risco para coronariopatia (diabetes, hipertensão, tabagismo, creatinina >2) de longa data;

Em pacientes que não conseguem deambular ou atingir a frequência cardíaca máxima (por claudicação ou beta-bloqueio por exemplo), solicitar interconsulta cardiovascular.

9.11 GASOMETRIA ARTERIAL

Pacientes com diagnóstico de DPOC moderado a grave;

Pacientes que serão submetidos a cirurgias de grande porte;
Pacientes com SpO₂ < 92% em ar ambiente.

10. CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE CIRÚRGICA (PEQUENA, INTERMEDIÁRIA E GRANDE OU COMPLEXA)

10.1 CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE CIRÚRGICA

COMPLEXIDADE	CIRURGIAS (EXEMPLOS)
Pequena	Cirurgias superficiais, drenagem de abscesso;
Intermediária	Reparo primário de hérnia inguinal, tratamento de varizes, adenoamigdalectomia, amigdalectomia, sinusectomia, artroscopia de joelho;
Grande	Histerectomia total abdominal, RTU de próstata ou bexiga, discectomias lombares, tireoidectomias, cirurgias pulmonares, ressecções colônicas, cirurgias da cabeça e pescoço.

Quadro 6.

10.2 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

ASA 1	Paciente saudável, não fumante, que não usa ou usa pouco bebidas alcoólicas.
ASA 2	Paciente com doença ou condição sistêmica leve, sem limitações funcionais. Exemplos (mas não limitados a eles): tabagista, bebe álcool socialmente, gestante, obesidade (IMC 30-40), hipertenso bem controlado, diabético bem controlado e sem lesões secundárias (exemplo: disautonomias), doenças pulmonares leves.
ASA 3	Paciente com doença sistêmica moderada, com limitação funcional considerável. Exemplos (mas não limitados a eles): diabetes mal controlada ou com lesões secundárias (disautonomias, lesão renal, pé diabético), hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade (IMC>40), hepatite ativa, alcoolismo ou abuso agudo de álcool, marcapasso implantado, redução moderada da fração de ejeção, insuficiência renal crônica dialítica, RN prematuro com idade gestacional corrigida.
ASA 4	Paciente com doença sistêmica que ameaça a vida constantemente. Exemplos (mas não limitados a eles): antecedente há menos de 3 meses de IAM, stent/doença arterial coronariana, ataque isquêmico transitório (AIT) ou acidente vascular encefálico (AVE); Isquemia cardíaca ativa, disfunção valvular cardíaca grave, disfunção grave da fração de ejeção, coagulação intravascular disseminada (CIVD), sepse, lesão renal aguda ou insuficiência renal crônica que não foi dialisado recentemente.
ASA 5	Paciente moribundo que não esperamos que sobreviva.

Fonte: ASA, outubro 2015.

Quadro 7.

11. RECOMENDAÇÕES DE EXAMES DE ROTINA DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE CIRÚRGICA E ESTADO FÍSICO

11.1 CIRURGIAS DE PEQUENA COMPLEXIDADE

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

TESTE	ASA 1	ASA 2	ASA 3 OU MAIOR
Hemograma completo	Não	Não	Se doença cardiovascular ou renal com sintomas ainda não investigados.
Coagulograma	Não	Não	Se doença hepática crônica, se usando anticoagulantes.
Função Renal	Não	Se risco de lesão renal aguda	Sim
ECG	Não	Se doença renal, cardiovascular ou diabetes	Sim
Função pulmonar/gasometria	Não	Não	Anestesista deve decidir de acordo com comorbidades.

Quadro 8.

11.2 CIRURGIAS COMPLEXAS

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO			
TESTE	ASA 1	ASA 2	ASA 3 OU MAIOR
Hemograma completo	Sim	Sim	Sim
Coagulograma	Não	Não	Se doença hepática crônica, se usando anticoagulantes.
Função Renal	Se risco de lesão renal aguda	Sim	Sim
ECG	Se risco de lesão renal aguda	Sim	Sim
Função pulmonar/gasometria	Não	Não	Anestesista deve decidir de acordo com comorbidades.

Quadro 9.

12. SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTAS

12.1 SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA CARDIOLÓGICA

Não se deve solicitar interconsulta cardiológica para fins de “liberação”, mas para uma das finalidades a seguir:

- Resultados de exames complementares de difícil interpretação ou suspeita de novo diagnóstico de doença cardiovascular evidenciada por exame complementar, história clínica ou exame físico;
- Dúvida sobre se paciente está nas melhores condições clínicas (possível para o paciente) do ponto de vista cardiovascular;
- Doença coronariana aguda;

- Doença cardiovascular ainda sem acompanhamento clínico;
- Doença cardiovascular sem acompanhamento clínico recente para a terapia farmacológica;
- Necessidade de otimização farmacológica de doença cardiovascular;
- Paciente portador de marcapasso ou desfibrilador implantado;
- Mais que 2 fatores no índice de risco cardíaco e não está usando betabloqueador;
- Cirurgia vascular e não está usando estatinas.

12.2 SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA (NÃO CARDIOLÓGICA)

Não se deve solicitar “liberação”, mas avaliação do risco do paciente e estratégias para reduzir o risco perioperatório.

13. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO / CONDUTA

Os objetivos da administração de sedativos e analgésicos antes de cirurgias ou exames sob anestesia são: diminuir a ansiedade do paciente, prevenir a dor que acompanha a anestesia regional e cateterismos e também proporcionar uma indução anestésica suave. Entre os sedativos destacam-se os benzodiazepínicos, que além de diminuir a ansiedade também proporcionam um sono mais tranquilo na noite anterior à cirurgia. Raramente produzem depressão cardiovascular ou respiratória, nas doses recomendadas.

As informações referentes à anestesia/sedação planejada, seus riscos, benefícios, alternativas e complicações potenciais, assim como o planejamento de analgesia pós-operatória devem ser transmitidas ao paciente e/ou a seus familiares pelo médico anestesiológico ou médico responsável pela sedação antes do início do procedimento. Estas informações poderão ser fornecidas por meio de folhetos explicativos (folders) fornecidos previamente junto com o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação, entretanto, estas não excluem a presença do médico para explicações complementares e dúvidas antes do exame/sedação/anestesia. O Termo deve ser assinado pelo paciente ou seu responsável (no caso de crianças ou pacientes sem possibilidade de entendimento ou assinatura) após a sua aprovação e antes da administração da medicação pré-anestésica e do início do procedimento anestésico-cirúrgico.

A mudança da técnica anestésica planejada durante a avaliação pré-anestésica pode ocorrer de acordo com mudanças na condição clínica do paciente e tipo de procedimento/complexidade e técnica cirúrgica empregada. Deverá ser realizada a avaliação pré-indução (avaliação clínica no local onde será realizado o procedimento, logo antes da indução anestésica) para assegurar-se que a condição clínica do paciente não se modificou e que o plano anestésico deve ser mantido.

14. MEDIDAS PROFILÁTICAS / MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA

As medidas de profilaxia para o preparo pré-operatório já estão descritas na História Clínica e Exame Físico, sendo necessário o preenchimento destes dados no prontuário do paciente.

15. CONSENTIMENTO INFORMADO

O Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação (DASAC-CC-FOR-01) é aplicado pelo médico no momento da avaliação.

16. ORIENTAÇÕES PARA ALTA

Não se aplica.

17. REFERÊNCIAS

COMMITTEE, O. S. et al. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American

Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology., v.116, n.3, p.522-538, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Disponível em: <http://www.sba.com.br/defesa/180206.asp>. 20-12-2006. Ref Type: Internet Communication. Acesso em: 07 de setembro de 2023.

FLEISHER, L. A. et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol., v.130, n.24, e-278-e-333, 2014.

GUALANDRO, D. M. et al. II Guidelines for perioperative evaluation of the Brazilian Society of Cardiology. Arq Bras Cardiol., v.96, supl.1, 2011, p.1-68.

HATA, T. M.; MOYERS, J. R. Preoperative patient assesment and managment. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al., Clinical Anesthesia. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p. 569-597.

KUMAR, A.; SRIVASTV, U. Role of routine laboratory investigations in preoperative evaluation. J Anaesthesio Clin Pharmacol., v.27, n.2, p.174-9, 2011. 6. FERRANDO, A. et al. Guidelines for preoperative assessment: impact on clinical practice and costs. International Journal for Quality in Health Care., v. 17, n. 4, p. 323–329, 2005.

WIJEYSUNDERA, D. N.; SWEITZER, B. J. Preoperative evaluation. In: Miller RD, editor. Miller's Anesthesia. 8th ed. Vol. 1. Philadelphia: Elsevier health Sciences, 2015, p. 1085–1152.

18. CONTROLE DE QUALIDADE

18.1 REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	MOTIVO
0	01/11/2023	-	Elaboração

19. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Centro Cirúrgico - DASAC	Darlene Vieira Candido Zarbinati
Centro Cirúrgico - DASAC	Tiago Candido de Sá

20. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos
Centro Cirúrgico - DASAC	Andreza Mangerona

21. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Luciano Roberto de Freitas Visentin
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Rodrigo da Silveira Antoniassi



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Sabatine dos Santos, Diretor Técnico I**, em 24/01/2024, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciano Roberto de Freitas Visentin, Diretor Técnico de Saúde III**, em 24/01/2024, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo da Silveira Antoniassi, Diretor Técnico II**, em 26/01/2024, às 19:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) , informando o código verificador **0017071817** e o código CRC **D0A91A54**.
