



**INDICAÇÃO Nº**

**IND 4295 /2015**

**Do Sr. Deputado Bispo Renato Andrade**

**RECEBIDO**

**23 / 06 / 15**

Secretaria Legislativa

**Sugere ao Governador do Distrito Federal, a ampliação e qualificação do número de equipes de atendimento Domiciliar, em especial atendimento Geriátrico, no âmbito do Distrito Federal.**

**A CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**, nos termos do art. 143 do Regimento Interno, sugere ao Excelentíssimo Senhor Governador, a ampliação e qualificação do número de equipes de atendimento Domiciliar, em especial atendimento Geriátrico, no âmbito do Distrito Federal.

**JUSTIFICAÇÃO**

Setor Protocolo Legislativo  
**IND Nº 4295 / 2015**  
Folha Nº 01 BIA

Em atendimento a várias solicitações da população do Distrito Federal, em especial aqueles que necessitam de atendimento específico como Deficientes físicos, Portadores de Doenças Graves e Geriátrico Domiciliar, é que se faz necessário a aprovação desta proposição, considerando que trará um impacto extremamente positivo, por viabilizar acesso digno, rápido e mais confortável para os que necessitam deste tipo de atenção, bem como seus familiares.

A primeira unidade de Assistência Domiciliar - AD surgiu nos Estados Unidos, em 1947, e teve como motivações iniciais descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente mais favorável, do ponto de vista psicológico. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa. Nos EUA, dados de 1999 revelam que existiam 20.215 organizações, cobrindo mais de oito milhões de pacientes por ano.



Na Europa, como informam Ramallo & Tamayo (1998)<sup>1</sup>, a primeira experiência aconteceu em Paris, onde, em 1957, foi criado o *Santé Service*, que presta até hoje assistência sócio sanitária a pacientes crônicos e terminais. Na Espanha, a primeira unidade de AD foi criada em 1981, e nos anos seguintes surgiram iniciativas similares em diversos hospitais. O desenvolvimento dessa modalidade de assistência, naquele país, tem se dado, por um lado, a partir da demanda dos usuários do sistema público por uma atenção de qualidade mais humanizada e, por outro, a partir da iniciativa dos gestores que, diante da escalada dos custos e, considerando a escassez de recursos destinados à saúde, buscam racionalizar seus gastos, sem comprometer a qualidade da assistência prestada.

No Canadá, os serviços de AD, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 1960. Posteriormente, em 1987, desenvolveu-se uma experiência em três hospitais de Montreal, voltados para o tratamento de pacientes com problemas clínicos agudos, com a administração venosa de antibióticos.

No Brasil, a primeira experiência de AD foi, provavelmente, aquela desenvolvida pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990. Esses serviços preconizavam entre outras as seguintes atividades: oferta de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a partir de visitas domiciliares realizadas por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para implementar entre outras, visitas a puérperas e recém-nascidos.

A AD se desenvolveu no Brasil a partir de iniciativas do setor público, como o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo, que funciona desde 1963. A primeira iniciativa implementada por municípios ocorreu em Santos, São Paulo, onde desde 1992 funciona o Programa de Internação Domiciliar, destinado a atenuar a crise de falta de leitos hospitalares e garantir assistência humanizada, num contexto de epidemia de Aids e envelhecimento populacional. Posteriormente, surgiram várias experiências ligadas

4

Sector Protocolo Legislativo  
IND Nº 4295/2015  
folha Nº 02 BIA



ao setor privado, que identificou nessa modalidade, uma nova possibilidade de expansão de seus serviços, por meio dos denominados *home care*.

Em 1998, o Ministério da Saúde - MS publicou a Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Com o surgimento e a expansão da estratégia Saúde da Família, a partir de 1997, houve uma incorporação da modalidade denominada assistência domiciliar, desenvolvida pelas equipes vinculadas à atenção primária.

Posteriormente, o MS publicou uma série de portarias no sentido de atualizar e articular as diferentes modalidades de atendimento prestado no domicílio, definindo o papel de cada uma e garantindo incentivo financeiro para a sua implantação.

Para efeitos conceituais, adotamos a mais recente portaria do MS, a PT nº 963, de 27 de maio de 2013, que normatiza essa política e que dispõe o seguinte:

*Art. 1º Fica redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:*

*I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;*

*II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e*

Sector Prestado Legislativo  
TND Nº 4295/2015  
Folha Nº 03 BIA



Setor Protocolo Legislativo  
JND Nº 4295/2015  
Folha Nº 04 BIA

A referida Portaria também estabelece as diretrizes que devem orientar a Atenção Domiciliar, conforme o seguinte:

*Art. 5º A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:*

*I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;*

*II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;*

*III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;*

*IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;*

*V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e*

*VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.*

Mais adiante, retomaremos a referida Portaria para especificar as três modalidades de organização da AD propostas e financiadas pelo MS.

Faz-se necessário citar, que há algumas Leis e normas sobre a Atenção Domiciliar, pois está oficializada, no Brasil, por meio de diversas leis e normas. A



principal delas é a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde - LOS, que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. A LOS foi alterada pela Lei nº 10.424, de 2002, quando foi incluído o denominado Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar.

Outras leis importantes também contemplam a AD, como é o caso do Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 2003 – que inclui, entre as atividades a serem asseguradas aos idosos, o atendimento e a internação domiciliar para aqueles que apresentarem dificuldade de locomoção, inclusive os que se encontram em abrigos ou em entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos. A Lei nº 7.853, de 1989, que trata das políticas para as pessoas com deficiência, ao tratar do setor saúde, também contempla a AD entre as modalidades de atendimento a ser assegurado a essas pessoas.

No Distrito Federal, a Lei nº 1.547, de 1997, que instituiu o Estatuto do Idoso do DF e a Lei nº 3.822, de 2006, que instituiu a Política Distrital do Idoso, também contemplam a AD entre as ações de saúde a serem garantidas para a pessoa idosa. Por sua vez, a Lei nº 4.317, de 2009, que instituiu a Política Distrital para Integração da Pessoa com Deficiência, inclui a garantia do atendimento domiciliar às pessoas que dele necessitarem.

Além disso, estão em vigor no DF, mais duas leis que tratam da AD: a Lei nº 219, de 1991, que autoriza o Poder Executivo a criar o Sistema de Unidade Móvel de Atendimento Médico Domiciliar no Distrito Federal – SUMAD; e a Lei nº 867, de 1995, que cria o Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio nas Regiões de Saúde.

No campo da normatização, está em vigor portaria do Ministério da Saúde que organiza a AD, a Portaria nº 963, de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, mencionada anteriormente. Essa Portaria, estabelece as três modalidades de AD, incluindo o primeiro tipo, que é desenvolvido

Setor Protocolo Legislativo  
IND Nº 4295 / 2015  
Folha Nº 05 BIA



pelas equipes de atenção básica/estratégia Saúde da Família no território de sua atuação. As modalidades são classificadas segundo a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

Por último, ainda quanto à normatização, é necessário registrar que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA tratou sobre a questão por meio da RDC nº 11, de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

A seguir encontram-se relacionadas as leis e normas mencionadas, com destaque para os dispositivos que tratam da AD.

Setor Protocolo Legislativo  
IND Nº 4295, 2015  
Folha Nº 06 BIA

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (alterada pela Lei nº 10.424 de 2002), que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

#### **CAPÍTULO VI**

##### **DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

**Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.**

*§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.*

*§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.*

*§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (grifo nosso)*

2. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que *dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.*

*Art. 15 É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS (...)*

4



§ 1o A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

.....  
IV – **atendimento domiciliar**, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; (grifo nosso)

3. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

Art. 2º Ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o **pleno exercício de seus direitos básicos**, inclusive dos direitos à educação, à **saúde**, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Parágrafo único. Para o fim estabelecido no caput deste artigo, os órgãos e entidades da administração direta e indireta devem dispensar, no âmbito de sua competência e finalidade, aos assuntos objetos esta Lei, **tratamento prioritário e adequado**, tendente a viabilizar, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

.....  
II - na área da saúde:

.....  
e) a garantia de **atendimento domiciliar** de saúde ao deficiente grave não internado;

..... (grifo nosso)

Setor Protocolo Legislativo  
JND Nº 4295 / 2015  
Folha Nº 07 BIA

4. Lei nº 1.547, de 11 de julho de 1997, que institui o Estatuto do Idoso no Distrito Federal e dá outras providências.

Seção II

Da Área da Saúde

Art. 12. São responsabilidades da área de saúde:

.....  
XI – criar **serviços de atendimento domiciliar** ao idoso e outros serviços alternativos;

..... (grifo nosso)



5. Lei nº 3.822, de 8 de fevereiro de 2006, que *dispõe sobre a Política Distrital do Idoso e dá outras providências.*

*Art. 7º São competências dos órgãos e entidades públicas na implementação da Política Distrital do Idoso:*

.....

*III – na área da saúde:*

*a) garantir ao idoso o **acesso a serviços e ações preventivas e curativas nos diferentes níveis de atendimento, em especial no Sistema Único de Saúde – SUS, e buscar mecanismos que reduzam as dificuldades de acesso aos serviços e ações, em especial transporte gratuito e visitas domiciliares de equipes multidisciplinares de saúde;** (grifo nosso)*

6. Lei nº 4.317, de 9 de abril de 2009, que *institui a Política Distrital para Integração da Pessoa com Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.*

#### *CAPÍTULO II*

#### *DO DIREITO À SAÚDE E À HABITAÇÃO*

*Art. 16. Será assegurada à pessoa com deficiência a efetivação de políticas sociais públicas que permitam seu direito à saúde, de forma a garantir seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social com vistas à constituição, preservação ou recuperação de sua saúde, e que incluam, entre outras, as seguintes ações:*

.....

*VI – desenvolvimento de campanhas de saúde, **inclusive de vacinação,** com o envolvimento da sociedade e a participação dos setores de assistência social, da educação e do trabalho;*

*VII – garantia de **atendimento domiciliar** às pessoas que dele necessitem;*

..... (grifo nosso)

7. Lei nº 219, de 26 de dezembro de 1991, que *autoriza o Poder Executivo a criar um Sistema de Unidade Móvel de Atendimento Médico Domiciliar no Distrito Federal – SUMAD.*

*Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar, junto à Secretaria de Saúde, o Sistema de Unidade Móvel de Atendimento Médico Domiciliar – SUMAD.*

*Art. 2º Caberá ao SUMAD **realizar atendimentos médicos domiciliares,** através de unidades móveis, devidamente equipadas. (grifo nosso)*

8. Lei nº 867, de 25 de maio de 1995, que *cria o Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio nas Regiões de Saúde do Distrito Federal.*

Setor Protocolo Legislativo  
JND Nº 42951 2015  
Folha Nº 08 B/A



*Art. 3º A Atenção Domiciliar desenvolverá ações de nível primário, secundário e terciário, encarregando-se de sua execução, no limite de seu território de atuação, os seguintes órgãos:*

- I – Centro de Saúde, para os atendimentos de nível primário;*
- II – Hospitais Regionais, para os atendimentos de nível secundário e atendimento de nível terciário;*
- III – Hospitais de Referência, para os atendimentos de nível terciário.*

*Art. 4º Em cada Regional de Saúde será criado um Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio – SAMED, encarregado da execução da Atenção Domiciliar e composto, no mínimo, da seguinte equipe profissional:*

- I – médico;*
- II – enfermeiro;*
- III – auxiliares de enfermagem;*
- IV – assistente social.*

9. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

***Art. 18. A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:***

- I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);*
- II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e*
- III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).*

*Parágrafo único. As modalidades previstas no "caput" observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.*

***Art. 19. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:***

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;*

.....

***Art. 20. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:***

*I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;*

*II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS);*

.....

4

Sector Protonico Legislativo  
TND Nº 4295/2015  
Folha Nº 09 BIA



*Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:*

*I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;*

.....  
*Art. 24. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. (grifo nosso)*

10. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

*4.16 O SAD deve controlar o abastecimento domiciliar de equipamentos, materiais e medicamentos conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.*

.....  
*4.19 O SAD deve elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.*

11. Caderno de Atenção Domiciliar (vol. 1) – Melhor em Casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar. Publicação do Ministério da Saúde, de 2012, que visa à orientação técnica da organização da AD nos municípios e no DF.

Hoje já existe no Distrito Federal, pois há 18 anos começou a funcionar na Regional de Sobradinho a primeira experiência de AD no DF, o então denominado Serviço de Atendimento Médico Domiciliar – Samed. Segundo o coordenador no DF, os quatro motes principais do Samed eram: humanização da assistência, otimização dos recursos disponíveis, melhoria da qualidade da assistência, livrando o paciente da infecção hospitalar e diminuição de custos. O serviço realizava internação domiciliar de doentes crônicos, em sua grande maioria, portadores de câncer, Aids, Alzheimer, derrames e paralisias cerebrais, entre outros.

Progressivamente esse serviço foi ampliado para outras regionais, passando a ser chamado de Programa de Internação Domiciliar do DF – PID/DF, funcionando

4

Sector Protocolo Legislativo  
JND Nº 4295/2015  
Folha Nº 10 BIA



atualmente em todas as 15 Coordenações Gerais de Saúde da SES-DF, conforme informação colhida na página da SES-DF na internet<sup>2</sup>. Entretanto, em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES<sup>3</sup>, verificamos que neste mês (maio/2015) constam 12 equipes de AD cadastradas no DF. As equipes que realizam essa assistência são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social. Outros profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, psicólogo e farmacêutico, além de fisioterapeuta e assistente social poderão compor as equipes de apoio. O Programa atende necessidades que são as mais diversas, desde medicação, alimentação especial, até equipamentos como respiradores, cilindros de oxigênio, cama hospitalar, cadeiras de rodas e outros insumos.

Ainda segundo informações disponibilizadas pela SES-DF em sua página na internet, para ter acesso aos serviços do PID/DF, o familiar e/ou responsável pelo paciente deve entrar em contato com o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar – NRAD da Regional de Saúde onde mora: Asa Norte, Asa Sul, Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho ou Taguatinga.

A solicitação de internação domiciliar sempre será realizada por meio de Relatório Médico detalhado, proveniente tanto dos serviços da rede de saúde, como Clínica da Família, Centros de Saúde, Hospitais (fluxo de desospitalização) e UPA, quanto dos próprios familiares e/ou responsáveis pelo paciente. Entre os critérios de admissão estão: residência e domicílio comprovado no DF; cuidador identificado e quadro clínico compatível com o perfil do serviço.

Além disso, conforme consulta realizada na página do MS na internet<sup>4</sup>, encontram-se em atuação no DF, 235 equipes de Saúde da Família, cobrindo 30,61% da população. Essas equipes realizam a modalidade de AD tipo 1, para as

Setor Protocolo Legislativo  
IND Nº 4295/2015  
Folha Nº 11 BIA



peças que apresentam dificuldade de locomoção e que residem na área de abrangência da unidade de saúde. No desenvolvimento dessas ações, as equipes de SF contam com a atuação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. No DF, segundo informações obtidas no CNES, encontram-se em atividade 5 NASF tipo 1, nas seguintes regiões: Guará (1); Paranoá (1), São Sebastião (1) e Samambaia (2). Esses Núcleos contam com os seguintes profissionais<sup>5</sup>: fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, entre outros, conforme normatização da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Por todas essas informações, percebemos a necessidade de atenção e investimento no sistema de Atendimento Domiciliar, pois é um tema bastante importante e digno de atenção por parte das autoridades competentes. Isso se dá porque disponibiliza atendimento digno a pessoas que carecem desse cuidado.

Sendo assim, por se tratar de matéria de relevante valor social de saúde e econômico, conclamo aos nobres pares desta Casa Legislativa a aprovarem a presente indicação.

Sala das Sessões,

de Junho de 2015.

  
**Bispo Renato Andrade**  
Deputado Distrital - PR

Setor Protocolo Legislativo  
JND Nº 4295, 2015  
Folha Nº 12 BIA



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA LEGISLATIVA**

**DISTRIBUIÇÃO DE INDICAÇÃO**

Ao Setor de Protocolo Legislativo – SPL para as devidas providências e, em seguida, ao Setor de Apoio às Comissões Permanentes – SACP, para encaminhamento para análise de mérito.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CCJ (art. 63/RICLDF)      | <input type="checkbox"/> CAF (art. 68/RICLDF)             |
| <input type="checkbox"/> CEOF (art. 64/RICLDF)     | <input checked="" type="checkbox"/> CESC (art. 69/RICLDF) |
| <input type="checkbox"/> CAS (art. 65/RICLDF)      | <input type="checkbox"/> CSEG (art. 69-A/RICLDF)          |
| <input type="checkbox"/> CDC (art. 66/RICLDF)      | <input type="checkbox"/> CDESCTMAT (art. 69-B/RICLDF)     |
| <input type="checkbox"/> CDDHCEDP (art. 67/RICLDF) | <input type="checkbox"/> CFGTC (art. 69-C/RICLDF)         |

Em 25/06/15,

  
**Marcelo Frederico Medeiros Bastos**  
Matrícula 13.821  
Assessor Legislativo

Setor Protocolo Legislativo  
IND N° 4295, 2015  
Folha N° 13 BIA