



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

**Nota técnica nº005/2026 - GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC**

**Assunto:** Orientação sobre o registro da investigação da **Sífilis Adquirida** no sistema Go.Data.

## **INTRODUÇÃO**

A **sífilis adquirida** é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que apresenta elevada transmissibilidade e evolução crônica quando não tratada adequadamente. No Brasil, o agravo é de **notificação compulsória desde 2010**, com registro nacional realizado por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A Nota Informativa N° 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS atualizou os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo nas taxas de detecção da sífilis adquirida, refletindo tanto a ampliação do acesso ao diagnóstico quanto desafios persistentes relacionados à prevenção, ao tratamento oportuno e ao controle da transmissão. A infecção permanece como um importante **problema de saúde pública**, com impactos individuais e coletivos, especialmente pela sua associação com outras IST e pelo risco de transmissão vertical em gestantes não tratadas.

Embora o SINAN contemple o registro da **notificação do caso confirmado**, não se dispõe de campos específicos para a **investigação epidemiológica detalhada**. A implantação de um **módulo de investigação da sífilis adquirida no sistema Go.Data** busca suprir essa lacuna, qualificando os dados locais e permitindo análises mais precisas sobre os determinantes da transmissão, os fluxos de atendimento e a efetividade das ações de vigilância e prevenção.



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro – Florianópolis/SC  
CEP 88015-130 Fone/Fax: 3664-7400 e-mail: dive@saude.sc.gov.br  
www.dive.sc.gov.br





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Com a ampliação dos dados, será possível identificar vulnerabilidades territoriais, avaliar a efetividade das ações de testagem e tratamento e orientar políticas públicas baseadas em evidências.

A implantação desta notificação contribui, assim, para o monitoramento da transmissão da sífilis e também fornece subsídios para medidas que colaborem para o alcance das metas nacionais de boas práticas e eliminação da sífilis congênita no estado.

### **Critérios de Definição de Caso:**

#### **Da notificação dos Casos de Sífilis em Adultos:**

- 1. Tipo de notificação:** Notificação Compulsória Nacional Individual de acordo com definição de caso confirmado e seguimento de acordo com o preconizado no PCDT(Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas)
- 2. Periodicidade da Notificação:** Notificação semanal
- 3. Ficha de Notificação:** Todo caso deverá ser notificado no sistema Nacional - SINAN, e no **sistema Estadual Go.Data**, que permitirá a inclusão da investigação.

A ficha para preenchimento deverá ser a ficha elaborada pela equipe técnica do Estado (Anexo), que consta com todos os campos comuns a notificação individual nacional, bem como a investigação completa do **sistema Go.Data**.

### **Definição de caso:**



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro – Florianópolis/SC  
CEP 88015-130 Fone/Fax: 3664-7400 e-mail: [dive@saude.sc.gov.br](mailto:dive@saude.sc.gov.br)  
[www.dive.sc.gov.br](http://www.dive.sc.gov.br)





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e/ou teste treponêmico reagente, ou indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente

**Do preenchimento da Ficha de Notificação da Sífilis Adquirida:**

Todos os campos deverão ser preenchidos e a qualquer momento que se perceba alguma inconsistência, a informação deverá ser alterada. A investigação deverá ser realizada no **sistema Go.Data** até a conclusão do caso.

**Acesso ao Sistema Estadual de Notificação Go.Data**

O acesso ao Go.Data poderá ser solicitado por meio do link:

<https://forms.gle/N8EGWDbyLtFsNegx5>

Para a solicitação de acesso a novos usuários, será necessário realizar o upload dos seguintes documentos:

- Solicitação de Cadastramento e Acesso aos Sistemas de Informação em Saúde da Vigilância Epidemiológica;
- Termo de Sigilo e Confidencialidade de Acesso aos Sistemas de Informação gerenciados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica SINAN, SINASC, SIM e Go.Data (usuários restritos).

Os formulários estão disponíveis na página da DIVE: [Instruções Operacionais](#)



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Após o preenchimento do formulário online com o upload dos documentos assinados, o retorno com as informações de login e cadastro da senha será dado pela Gerência Regional de Saúde à qual o município ou estabelecimento de saúde está vinculado.

Poderão solicitar acesso ao Go.Data os profissionais dos estabelecimentos de saúde e maternidades — preferencialmente integrantes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), além das equipes da Vigilância Epidemiológica Municipal e Regional.

O endereço para acessar o Go.Data é <https://godata.saude.sc.gov.br/auth/login>

### **Sobre a notificação no sistema Go.Data:**

**Número Identificador no Go.Data:** Deverá ser o mesmo número da notificação do SINAN.

**Data diagnóstico:** Data da confirmação do caso, conforme critério de definição.

**Antecedentes Epidemiológicos (Dados Complementares do Caso/Investigação):** Ocupação, Comportamentos e Vulnerabilidades, Serviço de diagnóstico, Classificação clínica, Doenças associadas, Exames realizados e resultados, tratamento realizado, e dados de seguimento, bem como dados de sífilis anterior a este diagnóstico.

Segue o Passo a passo para notificação no **Go.Data**:

#### **1. Seleciona o Agravo:**



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Nome do agravo	Países	Data de início	Data do fim	Ativo?	Locais	
Criança exposta ao HIV		2024-05-06		Não	Bom Jesus / Campo Er	<input type="checkbox"/>
Criança exposta à sífilis		2024-05-06		Não	Bom Jesus / Campo Er	<input type="checkbox"/>
Infecção Chlamydia trachomatis e infecção gonocócica		2024-05-06		Não	Bom Jesus / Campo Er	<input type="checkbox"/>
Sífilis adquirida		2024-05-06		Sim	Bom Jesus / Campo Er	<input checked="" type="checkbox"/>

**2. Seleciona os Casos:** Para visualizar caso, editar, ou adicionar caso novo

Nome social	Nome completo	Identificador do caso	Status do Acompanhamento Final	Classificação	Status da investigação do caso	Sexo ao nascimento	
		3943660		Sífilis secundária		Feminino	<input type="checkbox"/>
		3949795		Sífilis primária		Masculino	<input type="checkbox"/>
		3943666		Sífilis latente		Feminino	<input type="checkbox"/>
		987654		Sífilis terciária			<input type="checkbox"/>

**3. Caso Novo:** Inicia pelos dados pessoais, conforme o término do preenchimento de cada aba, será aberta a próxima.

\*Identificador do caso: Mesmo número da notificação do Sinan

**1** Pessoal      **2** Epidemiologia      **3** Questionário      **4** Feito

**Detalhes**

Nome completo \*      Nome completo da mãe      Nome social      Sexo ao nascimento

Gestante      **Identificador do caso**      Usuário Atribuído

**Documentos**

+ Adicionar outro documento

**Endereços**

Endereço de residência      Endereço de e-mail      Número de telefone      Local \*

Bairro      CEP      Logradouro e número      Latitude      Longitude

As coordenadas são precisas



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro – Florianópolis/SC  
CEP 88015-130 Fone/Fax: 3664-7400 e-mail: dive@saude.sc.gov.br  
www.dive.sc.gov.br





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

#### 4. Criar o Caso

Caso / Casos / Criar caso  
Criar caso

✓ Pessoal    ✓ Epidemiologia    ✓ Questionário    4 Feito

A entrada de dados para '{nome}' foi concluída com sucesso!  
If you want to change something you can go back to any step and change it.  
If all data is correct, click 'Criar caso' to complete the process.

Cancelar    Voltar    Criar caso

O registo da investigação de todos os casos no **sistema Go.Data**, iniciará a partir da publicação desta nota.

Todos os documentos relacionados a notificação: Ficha de notificação e investigação, instrucional de preenchimentos, dicionário de dados estão disponíveis no site da DIVE, em <https://dive.sc.gov.br/index.php/doencas-e-agrivos/sifilis>



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS. Anexo V – Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV, AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST. Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acesso em: 02 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV, AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2024. Brasília: MS, 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim\\_sifilis\\_2025.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_sifilis_2025.pdf/view). Acesso em: 02 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2022–2030: Towards Ending STIs. Geneva: WHO, 2022.



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Florianópolis, 24 de abril de 2026.

**Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas**  
**GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**  
**DIVE/SUV/SES/SC**



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

**ANEXO**



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
 SECRETARIA DA SAÚDE

Nº IDENTIFICADOR

1-SINAN 2-GAL

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**  
**SÍFILIS ADQUIRIDA**

**DEFINIÇÃO DE CASOS:** Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação teste treponêmico reagente, ou indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste.

DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
1) Tipo de Notificação	2) Agravo Doença	Código (CID 10)	3) Data de Notificação
2 - INDIVIDUAL	SÍFILIS ADQUIRIDA	A 53.9	/ /
4) UF	5) Município de Notificação		Código (IBGE)
6) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7) Data de Diagnóstico
			/ /
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
8) Nome do Paciente			9) Data de Nascimento
			/ /
10) Nome Social (se possuir)			11) Idade _____
			<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano
12) Sexo ao nascimento		13) Identidade de gênero	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexo <input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> Homem cisgênero <input type="checkbox"/> Mulher transgênero <input type="checkbox"/> Homem transgênero <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
14) gestante	15) Raça/ Cor		
6 - NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		
16) Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo Ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau)			
<input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo Ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Educação Superior incompleta			
<input type="checkbox"/> 4ª série completa do EF (antigo Ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Educação Superior Completa <input type="checkbox"/> Não se aplica			
17) Número do Cartão do SUS		18) Nome da Mãe	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
19) UF	20) Município de Residência	Código (IBGE)	21) Distrito
22) Bairro	23) Logradouro		Código
24) Número	25) Complemento (apto, casa,...)		26) Geo Campo 1
27) Geo Campo 2	28) Ponto de Referência		28) CEP
30) Telefone (DDD)	31) Zona <input type="checkbox"/>		32) País (se residente fora do Brasil)
	1 - URBANA 2 - RURAL 3 - SEMIRURBANA		

Ficha de notificação - Investigação de Sífilis Adquirida | G04 ata- DIVE

Formulário de 27/10/2025



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro – Florianópolis/SC  
 CEP 88015-130 Fone/Fax: 3664-7400 e-mail: dive@saude.sc.gov.br  
 www.dive.sc.gov.br



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
 SECRETARIA DA SAÚDE



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO			
33) Ocupação			
34) Comportamentos e Vulnerabilidades			
<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Múltiplas parcerias sexuais	<input type="checkbox"/> Profissional do sexo	
<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas não injetáveis	<input type="checkbox"/> Privado(a) de liberdade	<input type="checkbox"/> Hemofílico	
<input type="checkbox"/> Relações sexuais com homens	<input type="checkbox"/> Situação de rua	<input type="checkbox"/> Outros _____	
<input type="checkbox"/> Relações sexuais com mulheres	<input type="checkbox"/> Uso de Chemsex		
35) Tipo de Serviço de Saúde que Realizou o Diagnóstico			
<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde/UBS		<input type="checkbox"/> Ambulatório de Doença Sexualmente Transmissíveis DST/ST	
<input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Especializada SAE DST/Aids		<input type="checkbox"/> Outros _____	
<input type="checkbox"/> Centro de Testagem e Aconselhamento CTA			
36) Classificação Clínica		37) Doença Associada	
<input type="checkbox"/> Primária <input type="checkbox"/> Secundária <input type="checkbox"/> Terciária <input type="checkbox"/> Latente		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hepatite Viral <input type="checkbox"/> Não Possui	
38) Data do teste treponêmico reagente	39) Título do Teste Não Treponêmico	40) Data do teste não treponêmico o reagente	
/ /	<input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 1:2 <input type="checkbox"/> 1:4 <input type="checkbox"/> 1:8 <input type="checkbox"/> 1:16 <input type="checkbox"/> 1:32 <input type="checkbox"/> 1:64 <input type="checkbox"/> 1:128 <input type="checkbox"/> 1:256 ou mais	/ /	
41) Esquema de Tratamento Realizado		42) Data do início de tratamento	
<input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI <input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI <input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI <input type="checkbox"/> Outro Esquema <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Ignorado		/ /	
43) Título do último Teste Não Treponêmico do Seguimento, após tratamento		44) Data da último teste não treponêmico, após tratamento	
<input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 1:2 <input type="checkbox"/> 1:4 <input type="checkbox"/> 1:8 <input type="checkbox"/> 1:16 <input type="checkbox"/> 1:32 <input type="checkbox"/> 1:64 <input type="checkbox"/> 1:128 <input type="checkbox"/> 1:256 ou mais <input type="checkbox"/> Não realizou		/ /	
DADOS SÍFILIS ANTERIOR			
45) Tratamento Anterior de Sífilis	46) Data do início de tratamento anterior de Sífilis	47) Título do último Teste Não Treponêmico do Seguimento do tratamento anterior sífilis	48) Data da último teste não treponêmico (tratamento anterior)
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar	/ /	<input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 1:8 <input type="checkbox"/> 1:64 <input type="checkbox"/> 1:2 <input type="checkbox"/> 1:16 <input type="checkbox"/> 1:128 <input type="checkbox"/> 1:4 <input type="checkbox"/> 1:32 <input type="checkbox"/> 1:256 ou mais	/ /



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

ORIENTAÇÕES PARA DIGITAÇÃO E FLUXO DAS INFORMAÇÕES DA SÍFILIS ADQUIRIDA (SA)	
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	"Se o indivíduo cumprir a definição de caso de Sífilis Adquirida Vigente, notificar e encerrar o caso no Sinan Notificação, Confusão e Investigação completa no Go Data."
	Campo 3. Anotar a data da notificação e data de preenchimento da ficha de notificação.
	Campo 7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.
	Campo 8. Preencher com nome completo do paciente (sem abreviações).
	Campo 9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano).
	Campo 10. Preencher com nome social e epossuir.
	Campo 11. Anotar a idade do paciente somente se a data do paciente do nascimento for desconhecida (ex: 10 Dias = 10D, 4 meses = 4M, 31 anos = 31A).
	Campo 12. Informar sexo do paciente (M = Masculino, F = Feminino, I = Inter sexo (indivíduos que quando nas com suas características sexuais não se pode definir em nenhuma pré existente)).
	Campo 13. Preencher com a identidade de gênero que o indivíduo se classifica.
	Campo 15. Preencher com o código/número correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa.
	Campo 16. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando/frequentou, neste caso considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
	<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>
	Campo 33. Informar no campo ocupação a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado.
	Campo 34. Comportamentos e vulnerabilidades - As sinalizar as alternativas correspondentes pode ser mais de uma, nos últimos 12 meses.
	Campo 35. Preencher com o código/número correspondente ao serviço que realizou o atendimento e o diagnóstico da doença.
	Campo 36. Preencher com o código/número correspondente a classificação clínica no momento do diagnóstico: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (sífilis papulosa, condiloma plano, alérgica); 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (rubrículos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardíaco-vasculares (arterite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática, diagnóstico obtido por meio de reações sorológicas; 5 - Neurosífilis ou Sífilis ocular.
	Campo 37. Informar a presença de doenças associadas, pode ser mais de uma.
	Campo 38. Informar a data de realização do teste treponêmico reagente/teste rápido reagente.
Campo 39. Preencher com código de situação de sorologia não treponêmica VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin).	
Campo 40. Informar a data de realização do teste treponêmico reagente.	
Campo 41. Anotar o esquema de tratamento e data de início do tratamento - sífilis primária, secundária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI/IM, em dose única (1,2 milhões em cada glúteal), se sífilis tardia (latente, terciária ou fase ignorada): penicilina benzatina 2,4 milhões UI/IM, semanal, por 3 semanas, dose total de 7,2 milhões UI. No caso de sífilis adquirida (não gestante) outro tratamento conforme a classificação clínica.	
Campo 42. Informar a data do início do tratamento.	
Campo 43. Anotar a situação do último teste não treponêmico de seguimento após tratamento realizado.	
Campo 44. Informar a data do último teste não treponêmico de seguimento após tratamento realizado.	
Campo 45. Anotar se teve ou não tratamento anterior de sífilis.	
Campo 46. Se tratamento anterior, informar a data do início do último tratamento de sífilis.	
Campo 47. Se tratamento anterior informar a situação do último teste não treponêmico de seguimento.	
Campo 48. Se tratamento anterior informar a data do último teste não treponêmico.	



# Assinaturas do documento



Código para verificação: **8H4L39JM**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **REGINA CÉLIA SANTOS VALIM** (CPF: 246.XXX.182-XX) em 24/04/2026 às 17:33:19  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 09/03/2020 - 18:26:50 e válido até 09/03/2120 - 18:26:50.  
(Assinatura do sistema)

✓ **JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK** (CPF: 060.XXX.189-XX) em 24/04/2026 às 18:02:04  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxMDEwNzVfMTAxODgzXzlwMjZfOEG0TDM5Sk0=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00101075/2026** e o código **8H4L39JM** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.