



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 1/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	3
3. JUSTIFICATIVAS.....	3
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	4
4.1 Critérios de inclusão – Indicações	4
4.2 Critérios de exclusão – Contraindicações	4
4.2.1 Absolutas.....	4
4.2.2 Relativas	4
4.3 Limitações para o uso de VMNI	5
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	5
6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	6
6.1 Ventilação não invasiva com uso de equipamento portátil	6
6.2 Ventilação não invasiva com uso de ventilador mecânico microprocessado com módulo específico para este fim	6
7. MODALIDADES VENTILATÓRIAS PARA SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO.....	7
7.1 Equipamento portátil (ResMed Stellar 150).....	7
7.2 Ventilador mecânico com modalidade não invasiva (Maquet Servo-<i>Air</i>)	8
7.2.1 Ventilação não invasiva com pressão controlada (PC)	8
7.2.2 Ventilação não invasiva com pressão de suporte (PS)	8
8. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES PARA O USO DE VNI.....	8
9. SUGESTÕES DE CONFIGURAÇÕES PARA PATOLOGIAS ESPECÍFICAS (ResMed Stellar 150).....	10
10. EXAMES DIAGNÓSTICOS.....	11
10.1 Gasometria arterial	11
11. MONITORAMENTO	11
12. REFERÊNCIAS	12
13. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	12

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 2/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

1. SIGLAS E CONCEITOS

- APACHE – Avaliação fisiológica aguda e sistema de classificação de saúde crônica
- BIPAP – Aparelho que oferta dois níveis de pressão em vias aéreas
- cmH₂O – Centímetro de água
- CO₂ – Dióxido de carbono
- CPAP – Pressão positiva contínua nas vias aéreas
- DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- EPAP – Expiratory Positive Airway Pressure (pressão expiratória positiva nas vias aéreas)
- EPIs – Equipamentos de Proteção Individual
- FiO₂ – Fração Inspirada De Oxigênio
- FR – Frequência Respiratória
- HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- I:E – Relação Inspiração:Expiração
- IOT - Intubação orotraqueal
- IPAP - Inspiratory Positive Airway Pressure (pressão inspiratória positiva nas vias aéreas)
- IRpA – Insuficiência Respiratória Aguda
- iVAPS – Pressão de suporte com garantia de volume inteligente
- mmHg – Milímetros de mercúrio
- O₂ – Oxigênio
- PAC – Pneumonia adquirida na comunidade
- PaO₂ – Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial
- PC – Pressão Controlada
- PEEP – Pressão positiva no final da expiração
- pH – pressão de hidrogênio
- PS – Pressão De Suporte
- SaO₂ – Saturação Arterial De Oxigênio
- SPAS – Simplified Acute Physiology Score
- SDRA – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
- SpO₂ – Saturação Periférica De Oxigênio
- TI – Tempo inspiratório
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- VC - Volume Corrente
- VM - Volume Minuto
- VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 3/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

2. OBJETIVOS

Padronizar, através de um protocolo institucional de atendimento hospitalar, a instituição, indicações e contra-indicações da ventilação mecânica não invasiva (VMNI), baseado na literatura mais recente sobre o assunto.

Dar subsídio teórico-prático para a orientação dos profissionais fisioterapeutas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) sobre o atendimento adequado da instituição e aplicação da ventilação mecânica não invasiva.

3. JUSTIFICATIVAS

A utilização da ventilação mecânica não invasiva envolve a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas sem a necessidade de intubação endotraqueal, proporcionando suporte ventilatório eficaz e minimizando os riscos associados à intubação. Esta é uma abordagem terapêutica de suma importância para o manejo de pacientes com insuficiência respiratória aguda.

Um dos principais pontos da utilização da VMNI é sua capacidade de melhorar a oxigenação e a ventilação pulmonar sem os efeitos adversos frequentemente associados à intubação endotraqueal. O seu uso justifica-se por sua capacidade de prevenir a progressão para a intubação e ventilação mecânica invasiva, que está associada a complicações significativas, como infecções hospitalares, pneumonia associada à ventilação mecânica e lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica.

Estudos adicionais, como o conduzido por Rochweg *et al.* (2017), reforçam a eficácia da VMNI em contextos específicos, onde mostraram a importância da VMNI na redução da necessidade de intubação e mortalidade em diversas condições clínicas, ressaltando sua eficácia como ferramenta terapêutica.

Em síntese, a VMNI surge como uma estratégia terapêutica eficiente, proporcionando suporte ventilatório eficaz, prevenindo complicações associadas à intubação. Além disso, sua incorporação precoce nas estratégias de manejo de pacientes com insuficiência respiratória aguda é respaldada por robustas evidências científicas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 4/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Critérios de inclusão – Indicações

- Insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada;
- Frequência respiratória (FR) > 25/min;
- Desconforto respiratório com uso de musculatura acessória;
- Gasometria apresentando pH < 7,35 e > 7,25;
- Saturação arterial de oxigênio (SaO₂) < 90%
- Fração inspirada de oxigênio (FiO₂) > 30%
- Pode-se usar VMNI em pacientes com rebaixamento de nível de consciência devido a hipercapnia em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A melhora da consciência deve ser evidente dentro de 30 minutos a 2 horas após o início da VMNI.

4.2 Critérios de exclusão – Contraindicações

4.2.1 Absolutas

- Necessidade de intubação de emergência;
- Parada cardíaca ou respiratória.

4.2.2 Relativas

- Diminuição da consciência, sonolência, agitação, confusão ou recusa do paciente;
- Incapacidade de cooperar, proteger as vias aéreas, ou secreções abundantes;
- Rebaixamento de nível de consciência (exceto acidose hipercápnica em DPOC);
- Falências orgânicas não respiratórias (encefalopatia, arritmias malignas ou hemorragia digestivas graves com instabilidade hemodinâmica);
- Instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor, choque (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), arritmias complexas;
- Cirurgia facial ou neurológica;
- Trauma ou deformidade facial;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 5/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

- Vômito, alto risco de aspiração, náuseas, distensão abdominal;
- Sangramento digestivo alto;
- Obstrução de vias aéreas superiores;
- Tosse ineficaz ou incapacidade de deglutição;
- Pós-operatório recente de cirurgia de face, via aérea superior ou esôfago;
- Anastomose de esôfago recente.

4.3 Limitações para o uso de VMNI

- Pode-se usar VMNI em pacientes com rebaixamento de nível de consciência devido a hipercapnia em DPOC. A melhora da consciência deve ser evidente dentro de 30 minutos a 2 horas após o início da VMNI;
- A cooperação do paciente é importante para o sucesso da VMNI;
- Não deve ser utilizada em pacientes totalmente dependentes da ventilação mecânica para se manterem vivos.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Algumas atribuições e responsabilidades deste protocolo são de responsabilidade do fisioterapeuta e outros são de todos os membros da equipe multiprofissional, conforme ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Atribuições e responsabilidades

Equipe multiprofissional	Avaliação do paciente
Fisioterapeuta	Determinar indicação e contraindicação de uso da VMNI
Fisioterapeuta	Aplicar a técnica de VMNI
Fisioterapeuta	Determinar tempo de terapia
Equipe multiprofissional	Avaliação do paciente durante o uso da VMNI
Fisioterapeuta	Avaliação da resposta do paciente frente a utilização da VMNI

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 6/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

Fisioterapeuta	Avaliação da descontinuidade do uso da VMNI
Fisioterapeuta, médico	Avaliar descontinuidade da VMNI e indicação de intubação orotraqueal (IOT)

Fonte: próprio autor.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

6.1 Ventilação não invasiva com uso de equipamento portátil

- Higienizar as mãos e paramentar-se com os EPIs;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada (30º a 45º);
- Ligar o aparelho na energia elétrica
- Conectar a traqueia de ramo único e a interface de tamanho adequado ao paciente;
- Ajustar os parâmetros iniciais de acordo com a indicação;
- Posicionar o fixador cefálico atrás da cabeça do paciente;
- Ligar o fluxo de ar do equipamento;
- Acoplar a interface junto a face do paciente, ajustando o fixador cefálico de forma confortável e evitando vazamento de ar e perda de pressão;
- Reajustar parâmetros, se necessário, e ajustar alarmes;
- Reavaliar nos próximos 30 minutos até 2 horas o sucesso ou falha da VMNI.

6.2 Ventilação não invasiva com uso de ventilador mecânico microprocessado com módulo específico para este fim

- Higienizar as mãos e paramentar-se com os EPIs;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada (30º a 45º);
- Ligar o aparelho na energia elétrica e quadro de gases medicinais
- Montar o circuito do ventilador mecânico e a interface de tamanho adequado ao paciente;
- Ajustar os parâmetros iniciais de acordo com a indicação da VMNI;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 7/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

- Posicionar o fixador cefálico atrás da cabeça do paciente;
- Iniciar a ventilação do equipamento;
- Acoplar a interface junto a face do paciente, ajustando o fixador cefálico de forma confortável e evitando vazamento de ar e perda de pressão;
- Reajustar parâmetros, se necessário, e ajustar alarmes;
- Reavaliar nos próximos 30 minutos até 2 horas o sucesso ou falha da VMNI.

7. MODALIDADES VENTILATÓRIAS PARA SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO

7.1 Equipamento portátil (ResMed Stellar 150)

- **Modo CPAP:** permite que o paciente respire espontaneamente, porém fornece uma pressurização contínua tanto na inspiração quanto na expiração;
- **Modo S:** é um modo espontâneo de ventilação, onde são fornecidos dois níveis de pressão, uma pressão inspiratória (IPAP) e uma pressão expiratória (EPAP);
- **Modo S/T:** é um modo espontâneo e controlado de ventilação, quando o paciente apresenta “drive respiratório” o aparelho funciona em modo S, porém, quando ocorre a redução da frequência respiratória abaixo da ajustada ou ocorre uma apneia, o ventilador fornece ciclos mandatórios controlados pré-ajustados;
- **Modo PC:** é um modo controlado de ventilação que fornece ciclos mandatórios controlados pré-ajustados. Porém, se o paciente apresentar “drive respiratório” durante o intervalo dos ciclos, receberá um ciclo controlado limitado pela pressão e tempo ajustados;
- **Modo T:** é um modo controlado de ventilação que fornece ciclos mandatórios controlados pré-ajustados. Mesmo que o paciente apresente “drive respiratório”, este não tem efeito algum sobre a frequência respiratória do ventilador ou sobre os níveis de pressão.
- **Modo iVAPS:** é um modo de pressão de suporte com volume assegurado em modo inteligente, junto com a frequência respiratória de apoio inteligente e o AutoEPAP opcional, o iVAPS monitora continuamente a ventilação e as vias aéreas superiores.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 8/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

7.2 Ventilador mecânico com modalidade não invasiva (Maquet Servo-Air)

7.2.1 Ventilação não invasiva com pressão controlada (PC)

Os seguintes parâmetros podem ser ajustados:

- Fração inspirada de oxigênio (FiO₂);
- PEEP (cmH₂O);
- FR;
- PC;
- Relação I:E;
- Tempo Inspiratório;
- Tempo de subida ou *rise time*.

7.2.2 Ventilação não invasiva com pressão de suporte (PS)

- FiO₂;
- PEEP (cmH₂O);
- PS (acima da PEEP);
- Tempo de subida ou *rise time*;
- Backup da FR;
- Backup de PC acima da PEEP;
- Backup de relação I:E ou Tempo Inspiratório.

8. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES PARA O USO DE VNI

- **Exacerbação da Asma:** Pode-se utilizar VMNI em conjunto com terapia medicamentosa para melhorar a obstrução ao fluxo aéreo e diminuir esforço respiratório em pacientes em crise asmática moderada e acentuada;
- **DPOC:** Deve-se usar VMNI no tratamento da DPOC agudizada, sendo o modo Bilevel a escolha recomendada para pacientes com DPOC que desenvolvem acidose respiratória aguda durante a internação hospitalar (pH entre 7,25 e 7,35). Quanto menor o pH, maior o risco de falha, e os pacientes devem ser monitorados de perto, com acesso rápido à intubação endotraqueal e ventilação invasiva, se não melhorarem;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 9/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

- **Edema Agudo de Pulmão (EAP):** Deve-se usar VMNI (BIPAP com EPAP 5-10 e IPAP até 15 cm H₂O) e ou CPAP de 5 a 10 cmH₂O nos pacientes com EAP de origem cardiogênica;
- **Pneumonia adquirida na comunidade grave (PAC):** Pode-se utilizar a VNI em pacientes com pneumonia grave com insuficiência respiratória hipoxêmica, especialmente nos portadores concomitantes de DPOC com os cuidados de se observar as metas de sucesso de 30 minutos a 2 horas.
- **Pacientes com Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo (SDRA):** Pode-se utilizar especialmente nos casos de SDRA leve, com os cuidados de se observarem as metas de sucesso de 30 minutos a 2 horas. No caso de não sucesso, evitar retardar a intubação. EVITAR utilizar VMNI nos casos de SDRA GRAVE, devido à alta taxa de falência respiratória e à necessidade de IOT, especialmente em pacientes com PaO₂/FIO₂ <140 e SAPS II > 35.
- **Pós-extubação:** Usar VMNI FACILITADORA imediatamente após a extubação nos pacientes de risco (quadro 5) para evitar (IRpA) e reintubação (ação profilática). Evitar o uso da VMNI após novo quadro de insuficiência respiratória instalada (ação curativa).

Quadro 2 – Pacientes considerados em risco de falha de extubação que poderão se beneficiar do uso imediato de VMNI pós-extubação (uso profilático)

- Hipercapnia
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Tosse ineficaz ou secreção retida em vias aéreas
- Mais do que um fracasso no teste de respiração espontânea
- Mais do que uma comorbidade
- Obstrução das vias aéreas superiores
- Idade > 65 anos
- Aumento da gravidade, avaliadas por um APACHE > 12 no dia da extubação
- Tempo de ventilação mecânica > 72 horas
- Paciente portador de doenças neuromusculares
- Pacientes obesos

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica – 2013.

- **Pacientes em cuidados paliativos com IRpA:** Sugere-se utilizar VMNI para o tratamento de dispneia em pacientes de câncer terminal ou outras condições de terminalidade.
- **VMNI facilitadora da extubação:** Sugere-se o uso de VMNI facilitadora nas extubações de pacientes com insuficiência respiratória hipercápnica. Não há recomendação para pacientes com hipoxemia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 10/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

- **Pacientes imunocomprometidos:** Sugere-se utilizar VMNI precocemente para o tratamento de IRpA.

9. SUGESTÕES DE CONFIGURAÇÕES PARA PATOLOGIAS ESPECÍFICAS (ResMed Stellar 150)

Quadro 3 – Sugestões de parâmetros a serem regulados

CONFIGURAÇÃO	MODO					DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA	DOENÇA PULMONAR RESTRITIVA	SÍNDROME DA HIPOVENTILAÇÃO NA OBESIDADE	MECÂNICA PULMONAR NORMAL
	S	ST	T	PAC	iVAPS				
IPAP	X	X	X	X		13	11	16	11
EPAP ou PEEP	X	X	X	X	X	5	5	8	5
PS	X	X	X	X		8	8	8	8
Tempo de subida	X	X	X	X	X	150	300	300	200
Tempo de queda	X	X	X	X	X	200	200	200	200
Sensibilidade de disparo	X	X		X	X	Média	Média	Média	Média
Sensibilidade de ciclo	X	X			X	Alta	Baixa	Média	Média
PS mínimo					X	4	4	4	2
PS máximo					X	20	20	18	20
EPAP mínimo					X	5	5	8	5
EPAP máximo					X	15	15	15	15
Ti mínimo	X	X			X	0.3	0.5	0.5	0.5
Ti máximo	X	X			X	1.0	1.5	1.5	1.5

Fonte: Adaptado do manual do usuário ResMed Stellar.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 11/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

10. EXAMES DIAGNÓSTICOS

10.1 Gasometria arterial

É um exame de sangue feito através da coleta de sangue arterial com o objetivo de avaliar os gases presentes (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial - PaO₂ e pressão parcial de dióxido de carbono - PaCO₂), além do pH e o equilíbrio ácido-base. É muito útil na avaliação da oxigenação. Ela identifica IRpA hipoxêmica quando a PaO₂ abaixo de 60mmHg. Embora seja considerada padrão-ouro na avaliação da oxigenação, a gasometria arterial é um método diagnóstico doloroso, invasivo e com maior custo.

11. MONITORAMENTO

A reavaliação do paciente nos primeiros 30 minutos até 2 horas do início da terapia é de fundamental importância na etapa do monitoramento. Relevante observar os seguintes parâmetros:

- Diminuição da frequência respiratória (FR);
- Aumento do volume corrente (VC);
- Diminuição do volume minuto (VM);
- Melhora do nível de consciência;
- Diminuição ou cessação do uso de musculatura acessória;
- Aumento da PaO₂ ou SpO₂;
- Diminuição da PaCO₂ sem distensão abdominal significativa.

A intubação deverá ser recomendada se, em até 2 horas, não houver reversão do quadro de insuficiência respiratória aguda. Também deverá ser recomendada quando não houver sucesso no uso da VMNI.

Deve-se evitar a reinalação de CO₂ através do uso de interface com orifício de exalação próprio, pois apresentam menor risco de reinalação quando comparados com orifícios no circuito.

Quanto à suplementação de O₂ usando fonte externa, deve-se acoplar diretamente na máscara sempre depois da válvula de exalação ou na parte traseira do equipamento (quando disponível).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.011 – Página 12/12	
Título do Documento	APLICAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO PACIENTE CRÍTICO ADULTO	Emissão: 28/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 28/06/2026

12. REFERÊNCIAS

III CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA: Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007; 19:2:246-257.

BARBAS, C. S.; ÍSOLA, A. M.; FARIAS, A. M.; CAVALCANTI, A. B.; GAMA, A. M.; DUARTE, A. C.; et al. **Recomendações brasileira de ventilação mecânica.** Rev.Bras Ter Intensiva. 2014;26(2):89-121;

Manual do usuário ResMed Stellar. Disponível em: <https://document.resmed.com>;

ROCHWERG B. *et al.* **Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure.** European Respiratory Journal, v. 50, 2017.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	04/2024	Elaboração do protocolo

Elaboração Lucas dos Anjos Rossoni – Fisioterapeuta da UTI Adulto	Data: 05/04/2024
Análise Israel Moraes – Coordenador e Responsável Técnico da fisioterapia da UTI adulto Giseliene Mendonça Pazotti – Chefe da UTI adulto	Data: 05/04/2024 Data: 24/05/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – Setor de Gestão de Qualidade	Data: 24/05/2024
Aprovação Raquel Bressan de Souza – Unidade Multiprofissional Alline Cristhine Nunes Cerchiari Menon, Gerente de Atenção à Saúde (subst.)	Data: 22/05/2024 Data: 28/06/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.018574/2023-85