

# POP

HUAB-UFRN/EBSERH

## Acidentes do Trabalho com Exposição a Material Biológico

Versão: 2 | 2025

## 1. OBJETIVO

Definir os procedimentos a serem adotados quando ocorrer acidentes de trabalho com exposição a material biológico no Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, sob responsabilidade da Unidades de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – USOST.

## 2. MATERIAIS

A seguir, estão listados os materiais imprescindíveis que deverão ser utilizados nas ocorrências de acidentes do trabalho com exposição a material biológico:

1. Formulário de Registro de Acidente do Trabalho – FRAT. Disponível no Apêndice A, a ser utilizado pelo médico plantonista para atender o acidentado pertencente a população fixa do HU.
2. Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho – FIAT. Disponível no Apêndice B, a ser utilizado pela equipe de investigação nas ocorrências de acidente com a população fixa do HU.
3. Relatório de Análise do Acidente do Trabalho – RAAT. Disponível no Apêndice C, a ser emitido pela equipe de investigação apenas para empregados EBSEERH, residentes, estagiários, aprendizes e estudantes.
4. Formulário de Justificativa para Atraso na Comunicação da Ocorrência do Acidente do Trabalho. Disponível no Apêndice D, a ser utilizado pela equipe de segurança do trabalho da USOST quando do descumprimento de prazo para a comunicação do acidente do trabalho por empregado público da EBSEERH (efetivo, temporário ou com função gratificada ou comissionado)
5. Fichas de notificação compulsória – SINAN. Disponível no Apêndice E, a ser comunicada à autoridade de saúde pelos médicos ou profissionais de saúde, conforme previsto na Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.
6. Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT (emitida para empregados EBSEERH), disponível em: [Sistema MENTORH](#): Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Segurança do Trabalho > RIAT > RIAT (Última aba).
  - a. Atribuição - A Comunicação de Acidente de Trabalho dos empregados EBSEERH deverá ser feita pela equipe de segurança do Trabalho da USOST.
7. Comunicação de Acidente do Trabalho no Serviço Público – CAT-SP (emitida para servidores regidos pelo Regime Jurídico Único – RJU, no Subsistema Integrado de Atenção à do Servidor – SIASS, <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>. Emissão: Servidor RJU com acesso ao SIASS.

## 3. ACIDENTE DO TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

É o acidente que ocorre na exposição ocupacional acidental ao sangue ou fluídos corporais quando do contato com vírus, bactérias, parasitas ou leveduras. Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da

imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Em caso de exposição a material biológico, deverá ser levado em consideração o conhecimento da fonte: 1) fonte comprovadamente infectada; 2) fonte exposta à situação de risco; 3) fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

### 3.1. Algumas definições e exemplos dessas exposições

#### a. Exposição com risco de transmissão do HIV:

- › Percutânea. Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes.
- › Membranas mucosas. Exemplos: respingos em olhos, nariz e boca.
- › Cutâneas envolvendo pele não íntegra. Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas.
- › Mordeduras com presença de sangue. Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.

#### b. Exposição sem risco de transmissão do HIV:

- › Cutânea – exclusivamente quando a pele exposta se encontra íntegra.
- › Mordedura sem a presença de sangue.

## 4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Na ocorrência de acidente do trabalho com Exposição a Material Biológico, nas dependências do HU, deverá:

### 4.1 Trabalhador(a) acidentado(a): comunicar a chefia imediata, para as devidas providências, conforme estabelecido no Fluxo de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico.

- a. É de responsabilidade da chefia imediata encaminhar o(a) trabalhador(a) para o primeiro atendimento médico no Acolhimento Hospitalar do HUAB, quando este acidente de trabalho ocorrer dentro do HUAB ou seus anexos.
- b. É recomendado como primeira conduta, após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos com a área atingida. Essas medidas incluem a **lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas**. Também podem ser utilizadas soluções antissépticas degermantes. Não se recomenda espremer a região isolada. Nas **exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica**. Estão contraindicados procedimentos que ampliem a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito ou glutaraldeído.

**4.2. Médico plantonista: avaliar como ocorreu o acidente, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para a decisão da indicação ou não da Profilaxia Pós Exposição (PEP):**

- a. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
- b. O tipo da exposição é de risco para transmissão do HIV?
- c. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é inferior a 72 horas?
- d. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem SIM, **a PEP para HIV está indicada.**

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de **urgência**, em função da necessidade de **início precoce da profilaxia para maior eficácia** da intervenção. Não há benefício da profilaxia com antirretrovirais (ARVs) após 72 horas da exposição.

Ver Figura 1 – Fluxograma de Indicação de PEP ao HIV, página 5.

Considerando que, quanto mais cedo se iniciar a profilaxia, maior será sua eficácia, o uso do Teste Rápido (TR) para diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP torna-se fundamental. Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. São executados por amostra de sangue colhida por punção digital, podendo também ser realizados em amostra de sangue total colhida por punção venosa. Devido à rapidez e à segurança do resultado, esse é o exame mais indicado.

**4.3. Médico plantonista: solicitar Teste Rápido (TR) de detecção do HBsAg, HIV e anti-HCV para o acidentado e para o paciente-fonte. Preencher o Formulário de Registro de Acidente do Trabalho – FRAT para acidente de trabalho (APÊNDICE A) e fornecer ao acidentado. Fornecer os Termo de consentimento para coleta de exames (APÊNDICE F e G). Sempre que possível, uma amostra de sangue do acidentado e do paciente-fonte deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada em laboratório com os exames laboratoriais:**

- a. **Acidentado:** HBsAg, Anti-HBs, HIV e anti-HCV.
- b. **Paciente-fonte:** HBsAg, HIV e anti-HCV.

#### **4.3.1. Status sorológico do acidentado para HIV**

A indicação ou não de PEP dependerá do status sorológico para HIV da pessoa exposta (acidentado), que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos (TRs) em situações de exposições consideradas de risco:

› **Amostra da pessoa exposta (acidentado) não reagente para o HIV (TR1 não reagente):** a PEP está indicada para a pessoa exposta (conforme a Figura 1), pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.

› **Amostra da pessoa exposta (acidentado) reagente para o HIV (TR1 e TR2 reagentes):** a PEP não está indicada para a pessoa exposta. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (Tarv).

#### 4.3.2. Status sorológico da pessoa-fonte para HIV

Esse critério é o único não obrigatório para a indicação da PEP, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível para realizar a testagem. Portanto, na situação de comparecimento em conjunto aos serviços, é fundamental garantir o acolhimento, a oferta de testagem rápida e as orientações pertinentes.

› **Amostra da pessoa-fonte não reagente para o HIV (TR1 não reagente):** a PEP não está indicada para a pessoa exposta. Caso a pessoa-fonte tenha história de exposição de risco nos 30 dias que antecederam a exposição, a avaliação deverá ser individualizada e a PEP poderá ser indicada devido à possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. Considerar a necessidade de indicar PrEP para a pessoa-fonte, conforme avaliação individualizada.

› **Amostra da pessoa-fonte reagente para o HIV (TR1 e TR2 reagentes):** a PEP está indicada para a pessoa exposta. Caso a pessoa-fonte tenha status sorológico desconhecido até o momento dessa testagem, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para acompanhamento clínico e início da Tarv.

› **Pessoa-fonte desconhecido:** avaliar individualmente. Em casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (ex.: agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (ex.: pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta ao serviço para testagem), a decisão sobre instituir a PEP deve ser individualizada.

É direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos, a exemplo da coleta de exames laboratoriais. Deve-se sempre fornecer informações sobre os riscos da exposição e a relação entre os riscos e benefícios da testagem e da profilaxia. Caso a pessoa mantenha sua opção por não aceitar a testagem e a profilaxia, será registrado com descrição do atendimento em prontuário e deverá ser preenchido pela pessoa os **Termos (APÊNDICE F, G e H)**.

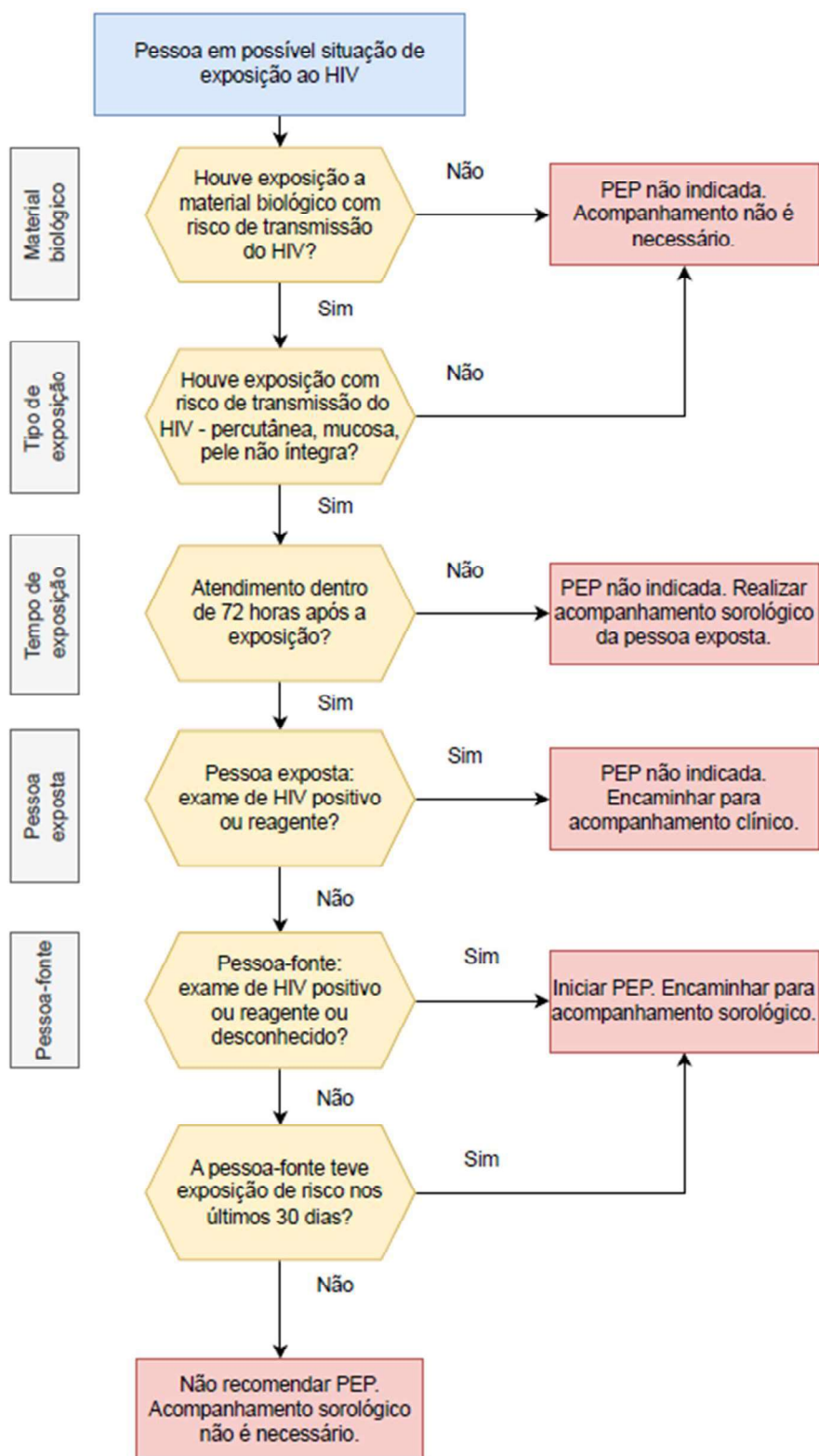
#### 4.3.3. Esquema antirretroviral para a PEP

Quando indicada a PEP, o esquema antirretroviral deverá ser estruturado com comprimidos coformulados de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg, com a adição de 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia.

**A duração da PEP é de 28 dias.**

Na indicação dos antirretrovirais para a PEP, é muito importante avaliar todas as interações farmacológicas com outros fármacos utilizados concomitantemente. Esse cuidado visa preservar a eficácia do esquema e evitar efeitos adversos. Diante de acidentado gestante ou com insuficiência renal ou que esteja em uso de metformina, rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, o médico plantonista do Acolhimento Hospitalar do HUAB poderá consultar posologias de antirretrovirais alternativos para PEP no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais do Ministério da Saúde de 2024.

Figura 1 – Fluxograma de indicação de PEP ao HIV.



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2024.

#### 4.3.4. Diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite B

A triagem da infecção pelo HBV é realizada por meio de testes rápidos (TR) de detecção do HBsAg.

#### 4.3.5. Status sorológico da pessoa exposta (acidentado) por meio da pesquisa de HBsAg por teste rápido

› **Em caso de teste rápido reagente:** a infecção pelo HBV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento, devendo-se coletar uma amostra de sangue para complementação do diagnóstico laboratorial conforme preconizado pelo Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, realizar a notificação e encaminhar a pessoa para acompanhamento clínico.

› **Em caso de teste rápido não reagente:** a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV.

**Quadro 1 - Recomendações para profilaxia de hepatite B em indivíduos com**

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO(A) PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO(A)	PESSOA-FONTE		
	HBsAg		
	Reagente	Não reagente	Desconhecido
Não vacinado <sup>(a)</sup>	IGHAHB + Iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação <sup>(a)</sup>
Vacinação Incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação <sup>(a)</sup>
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs igual ou superior a 10 mUI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B <sup>(b)</sup>	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) <sup>(a)</sup>
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2 doses) <sup>(b)</sup>	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2 doses) <sup>(b)</sup>

continua

conclusão

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO(A) PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO(A)	PESSOA-FONTE		
	HBsAg		
	Reagente	Não reagente	Desconhecido
Com resposta vacinal desconhecida	<p>Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs<sup>(c)</sup></p> <p>Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Em caso de resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2 doses) se houver dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs<sup>(c)</sup></p> <p>Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Em caso de resposta vacinal inadequada: realizar segunda série de vacinação ou não tomar nenhuma medida específica se houver dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs<sup>(c)</sup></p> <p>Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Em caso de resposta vacinal inadequada: realizar segunda série de vacinação ou não tomar nenhuma medida específica se houver dois esquemas vacinais prévios</p>

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2024.

(a) O uso associado de IGHAHB está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas; pessoas em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas com várias parcerias sexuais e/ou relações sexuais desprotegidas; história prévia de ISTs; pessoas provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pessoas provenientes de prisões ou outras formas de institucionalização.

(b) Duas doses de imunoglobulina humana anti-hepatite B, com intervalo de um mês entre ambas. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

(c) Se o resultado da testagem para anti-HBs não estiver disponível dentro de 48 horas, deve-se seguir a conduta como “resposta vacinal inadequada”.

#### 4.3.6. Prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B

A prevenção dessa infecção é feita pela vacinação, da testagem e do uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

##### a. Vacinação para hepatite B

Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti- HBs igual ou superior a 10 UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis.

Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento e, preferencialmente, **dentro de 24 horas da exposição** nas pessoas com indicação, conforme o Quadro 1. As demais doses deverão seguir as

recomendações vigentes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), podendo ser aplicadas na unidade básica de saúde mais próxima do local de residência da pessoa.

As pessoas que tenham sofrido mordeduras, lesões ou cortes devem ser avaliadas quanto à necessidade de imunização para tétano.

b. Utilização de IGHAHB

O conhecimento do status sorológico da **pessoa-fonte** em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAHB. Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para a hepatite B a indicação da imunoglobulina dependerá do tipo de exposição (vítimas de acidentes com material biológico contaminado ou fortemente suspeito de infecção por HBV imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados), conforme indicação do Manual dos Crie.

A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06 mL/kg, por via intramuscular, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, em dose máxima de 5 mL, podendo ser aplicada simultaneamente à vacina para hepatite B, porém em locais diferentes. A IGHAHB deve ser **administrada para exposições percutâneas, no máximo até sete dias**, embora se recomende aplicá-la nas primeiras 24 horas a contar da exposição (Quadro 1). O medicamento está disponível nos Crie.

#### 4.3.7. Hepatite C

Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de uma possível infecção. A terapia com os medicamentos atuais apresenta taxas de cura acima de 95%.

A investigação inicial da infecção pelo HCV é realizada com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de teste rápido ou imunoensaio laboratorial convencional. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da carga viral do HCV (HCV-RNA) para definição de um caso de infecção ativa.

#### 4.3.8. Status sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de anti-HCV por testes rápidos

› **Em caso de teste rápido reagente:** a infecção pelo HCV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento, devendo-se coletar uma amostra para complementação do diagnóstico conforme preconizado pelo Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, realizar a notificação e encaminhar a pessoa para acompanhamento clínico.

› **Em caso de teste rápido não reagente:** a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual ou prévia pelo HCV. Recomenda-se avaliar o *status* sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite C.

› **Em caso de teste rápido inválido:** não é possível confirmar o *status* sorológico da pessoa

exposta. Recomenda-se repetir o teste, se possível, com um conjunto diagnóstico de lote distinto do que foi utilizado inicialmente. Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para teste com um dos fluxogramas definidos para laboratório, conforme o “Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais”.

#### **4.3.9. Status sorológico da pessoa-fonte por meio da pesquisa de anti-HCV**

› **Em caso de teste rápido reagente:** acompanhar a pessoa exposta, pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda.

› **Em caso de teste rápido não reagente:** não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.

Contudo, é necessário considerar o período de “janela imunológica” para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. Há a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante a janela imunológica. Por isso, se houver história epidemiológica relacionável à infecção pelo HCV nesse intervalo, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez ao fim do período de janela e realizar o acompanhamento sorológico da pessoa exposta.

O diagnóstico precoce da soroconversão e/ou a detectabilidade do HCV-RNA durante o seguimento da pessoa exposta possibilita o tratamento ainda na fase aguda da infecção pelo HCV, o que, além de evitar a perda do seguimento, possui impacto na redução de novas transmissões e auxilia na eliminação da doença. O tratamento da hepatite C, aguda ou crônica, com antivirais de ação direta pangenotípicos tem taxas de cura superiores a 95%.

**4.3.10. O médico plantonista do Acolhimento Hospitalar deve avaliar o resultado dos exames e definir a necessidade do uso de profilaxias o mais breve possível, preferencialmente, nas duas primeiras horas após o acidente, e até no máximo 72h.**

**4.3.11. Diante de indicação de Profilaxia Pós Exposição (PEP) para HIV, preencher o Formulário de Solicitação de Medicamentos – PEP (APÊNDICE I) e encaminha o acidentado à Farmácia Hospitalar;**

Após atendimento médico, o(a) trabalhador(a) deverá:

**4.4. Comparecer à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente para atendimento e investigação, bem como lançamento de dados da ocorrência no Sistema MENTORH, se empregado EBSEH, pela equipe de segurança do trabalho da USOST.**

› **Em caso de servidor RJU, o FRAT será encaminhado para abertura de CAT – SP por servidor RJU com acesso ao SIASS.**

› **Em caso de residentes, estagiários, aprendizes, estudantes será investigado o acidente, porém não será registrada nem emitida a CAT.**

› **Em caso de terceirizados CLT, a investigação do acidente e emissão da CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança do trabalho da USOST, solicitar a cópia da CAT.**

## 5. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO- LABORATORIAL

O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta em uso de PEP ou diante de algum resultado reagente para os vírus da Hepatite C e B do paciente-fonte, são os seguimentos laboratoriais a seguir:

**Quadro 2 – Seguimento laboratorial de PEP**

EXAMES	PRIMEIRO ATENDIMENTO <sup>(a)</sup>	PARA INVESTIGAÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS	4ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	12ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP
Creatinina <sup>(b)</sup>	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, AST		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas exposta com diabetes melito	X		
Hemograma <sup>(c)</sup>	Quando Indicação de PEP com zidovudina (AZT)	X		
Teste de HIV <sup>(d)</sup>	X		X	X

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2024.

Quando o paciente-fonte for reagente para hepatite B, seguir Quadro 1 - Recomendações para profilaxia de hepatite B em indivíduos com HBsAg não reagente após exposição ocupacional a material biológico na página 6 e 7.

**Quadro 3 – Seguimento da pessoa exposta quando a pessoa-fonte for reagente para hepatite C**

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIOS
	Anti-HCV	HCV-RNA	ALT	
<b>Pessoa-fonte</b>				
Imediatamente (até 48 horas)	Sim	Testar em caso de anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pessoas com imunossupressão grave
<b>Pessoa exposta</b>				
Imediatamente (até 48 horas)	Sim <sup>(a)</sup>	Testar em caso de anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se a pessoa-fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal da pessoa exposta é aconselhável
4 a 6 semanas	Sim <sup>(b)</sup>	Sim <sup>(b)</sup>	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4 a 6 meses	Sim <sup>(b)</sup>	Sim <sup>(b)</sup>	Sim	-

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2024.

Quando houver algum resultado de exame laboratorial reagente, os acidentados trabalhadores da EBSEH, RJU, alunos e residentes serão acompanhados pela equipe de Saúde Ocupacional/USOST com avaliações pela medicina do trabalho e infectologista do HUAB. E aos empregados terceirizados, caberá à própria terceirizada o acompanhamento sorológico. Porém, quando da indicação do uso da PEP, esta será fornecida ao empregado terceirizado ainda no atendimento do Acolhimento pelo médico plantonista que o direcionará à Farmácia munido do formulário de solicitação de medicamentos – PEP, devidamente preenchido.

Nos casos de trabalhador de empresa contratada, este deverá comparecer à Segurança do Trabalho da USOST que notificará a Equipe de Fiscalização do Contrato solicitando que seja realizada investigação de acidente do trabalho, como também a emissão da CAT.

## 6. RESPONSABILIDADES

### 6.1. Acidentado

- ✓ Realizar cuidados com a lesão/exposição (lavar o local exposto com água e sabão e nas exposições de mucosas, lavar com água ou solução salina fisiológica);
- ✓ Comunicar a chefia imediata o acidente;
- ✓ Identificar paciente-fonte ou considerar exposição com paciente-fonte desconhecido;
- ✓ Dirigir-se ao acolhimento hospitalar para atendimento médico de urgência;
- ✓ Assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Acidentado (APÊNDICE F);
- ✓ Submeter-se ao teste rápido (HIV, HCV e HbsAG);
- ✓ Submeter-se aos exames laboratoriais, se necessário;
- ✓ Retornar ao acolhimento hospitalar para atendimento médico para avaliação dos resultados dos exames e estabelecimento de conduta;
- ✓ Seguir a prescrição de profilaxias como usos da PEP, Imunoglobulina B, quando recomendado;
- ✓ Comparecer a USOST em até 24h úteis após o acidente, munido do Formulário Registro de Acidente do Trabalho – FRAT (APÊNDICE A), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o resultado dos exames;
- ✓ Submeter-se aos acompanhamentos clínico-laboratoriais diante de uso de PEP ou resultados reagentes para hepatite B e C;
- ✓ Seguir as orientações desse POP.

### 6.2. Chefia Imediata/Tutor/Supervisor/Preceptor

- ✓ Encaminhar o acidentado ao Acolhimento Hospitalar do HUAB;
- ✓ Auxiliar o acidentado para solicitar a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente-fonte (APÊNDICE G);
- ✓ Comunicar a USOST em até 24h úteis após o acidente ([usost.huab-ufrn@ebserh.gov.br](mailto:usost.huab-ufrn@ebserh.gov.br));
- ✓ Comunicar a CIPA/USOST imediatamente após ocorrência do acidente;

### 6.3. Médico Plantonista do Acolhimento Hospitalar do HUAB

- ✓ Realizar o primeiro atendimento o mais breve possível;
- ✓ Utilizar o Formulário de Registro de Acidente do Trabalho – FRAT para acidente de trabalho com exposição a material biológico (APÊNDICE A) e fornecer ao acidentado;
- ✓ Fornecer os Termo de consentimento para coleta de exames (APÊNDICE F e G);
- ✓ Solicitar teste rápido (HIV, HCV e HbsAG) para o acidentado e paciente-fonte;
- ✓ Solicitar os exames laboratoriais:
  - Acidentado: HBsAg, **Anti- HBs**, HIV e anti-HCV.
  - Paciente-fonte: HBsAg, HIV e anti-HCV.
- ✓ Definir necessidade de uso de PEP ou outra profilaxia o mais breve possível;

- ✓ Fornecer Termo de aceite/recusa da PEP para HIV, quando for necessário (APÊNDICE H);
- ✓ Diante de indicação de Profilaxia Pós Exposição (PEP) para HIV, preencher o Formulário de Solicitação de Medicamentos – PEP (APÊNDICE I) e encaminha o acidentado à Farmácia Hospitalar;
- ✓ Fornecer encaminhamento quando necessário;
- ✓ Preencher a Ficha de Notificação do SINAN;
- ✓ Encaminhar o acidentado à USOST após o encerramento do caso.

#### **6.4. Laboratório**

- ✓ Encaminhar um técnico de laboratório ao local do acidente;
- ✓ Conferir requisição;
- ✓ Coletar material sanguíneo do acidentado e paciente-fonte para teste rápido e exames laboratoriais;
- ✓ Disponibilizar o resultado no sistema o mais breve possível.

#### **6.5. Farmácia**

- ✓ Dispensar medicamentos mediante requisição médica e POP.UFC.008.

#### **6.6. Saúde Ocupacional - USOST**

##### **Médico do Trabalho**

- ✓ Avaliar os resultados dos exames do acidentado (trabalhadores da EBSEH, RJU, alunos e residentes) e do paciente-fonte;
- ✓ Orientar quanto ao uso adequado da profilaxia pós exposição;
- ✓ Solicitar exames e realizar acompanhamento clínico e laboratorial até o encerramento do caso, se necessário;
- ✓ Realizar o acompanhamento de 30, 90 e 180 dias (trabalhadores da EBSEH, RJU, alunos e residentes), se necessário;

##### **Enfermagem do Trabalho**

- ✓ Realizar acompanhamento do acidentado (trabalhadores da EBSEH, RJU, alunos e residentes) clínico e laboratorial do caso, se necessário;
- ✓ Verificar e indicação, se necessário, da vacinação contra hepatite B e dT;
- ✓ Realizar monitoramento do acompanhamento clínico e laboratorial em planilha eletrônica;
- ✓ Agendar as datas seguintes do acompanhamento clínico e laboratorial;
- ✓ Participar da investigação do acidente e contribuir com a elaboração de plano de ação com medidas preventivas para acidente de trabalho;
- ✓ Encaminhar acidentado ao setor de segurança no trabalho.

#### **6.7. Segurança do Trabalho – USOST**

- ✓ Realizar a coleta de dados para fins estatísticos, em todos os acidentes do trabalho;
- ✓ Realizar abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) exclusivamente para os empregados da EBSEH;
- ✓ Investigar as causas do acidente e elaborar plano de ação com medidas preventivas para acidente de trabalho (trabalhadores da EBSEH, RJU, alunos e residentes);

- ✓ Orientar os acidentados terceirizados que o acompanhamento sorológico, a investigação do acidente e a emissão da CAT serão de responsabilidade da própria terceirizada, cabendo à equipe de segurança do trabalho da USOST, solicitar a cópia da CAT à Equipe de Fiscalização do Contrato.

## 7. ORIENTAÇÕES FINAIS

É responsabilidade da chefia imediata (ou quem a substitui) do acidentado garantir a comunicação da ocorrência do acidente do trabalho típico (com ou sem exposição à material biológico) e trajeto, à USOST em até 24 (vinte e quatro) horas úteis a contar da data do acidente. A falta do cumprimento do prazo, poderá deixar este HUF passível de pagamento de multa, aplicada e cobrada pela Previdência Social. Caso o acidentado não cumpra o prazo, a equipe de segurança do trabalho da USOST deverá comunicar o descumprimento à Superintendência, que solicitará justificativa ao gestor do acidentado, no mesmo processo SEI gerado pela equipe de segurança do trabalho, que registrará e emitirá a CAT somente com a ciência da Superintendência.

Ao empregado acidentado, deverá ser fornecido, pela equipe de segurança do trabalho da USOST, o formulário de justificativa de atraso na comunicação da ocorrência do acidente. Este deverá fazer parte do processo SEI que será gerado, quando do descumprimento do prazo da comunicação do acidente do trabalho.

Na ocorrência de licenças médicas para tratamento de saúde, os períodos de afastamento devem ser cadastrados, pela equipe de saúde ocupacional da USOST, no Sistema de Gestão de Pessoas – SIGP.

Em todos os acidentes do trabalho, a equipe de segurança do trabalho da USOST deverá realizar a coleta de dados para investigação das causas do acidente ocorrido munida do Formulário de Investigação de Acidentes do Trabalho – FIAT (exceto para os acidentes do trabalho de trajeto e para terceirizados, que deverá ser preenchido pela própria terceirizada). Após investigação, analisar todos os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente registrando a conclusão da análise em processo SEI, resumindo o acidente e gerando plano de ação em Relatório da Análise do Acidente do Trabalho – RAAT.

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for servidor público (cedido ou não), o FIAT deverá ser encaminhada para o órgão de origem, para que os responsáveis com acesso ao SIASS possam registrar a CAT-SP.

Se o(a) trabalhador(a) acidentado(a) for empregado público (efetivo, temporário ou comissionado) do quadro de pessoal da EBSEH, a equipe de segurança do trabalho da USOST deverá realizar o registro e emissão da CAT via Sistema MENTORH.

A CAT deve ser emitida com ou sem afastamento para tratamento da saúde, desde que seja comprovado o acidente.

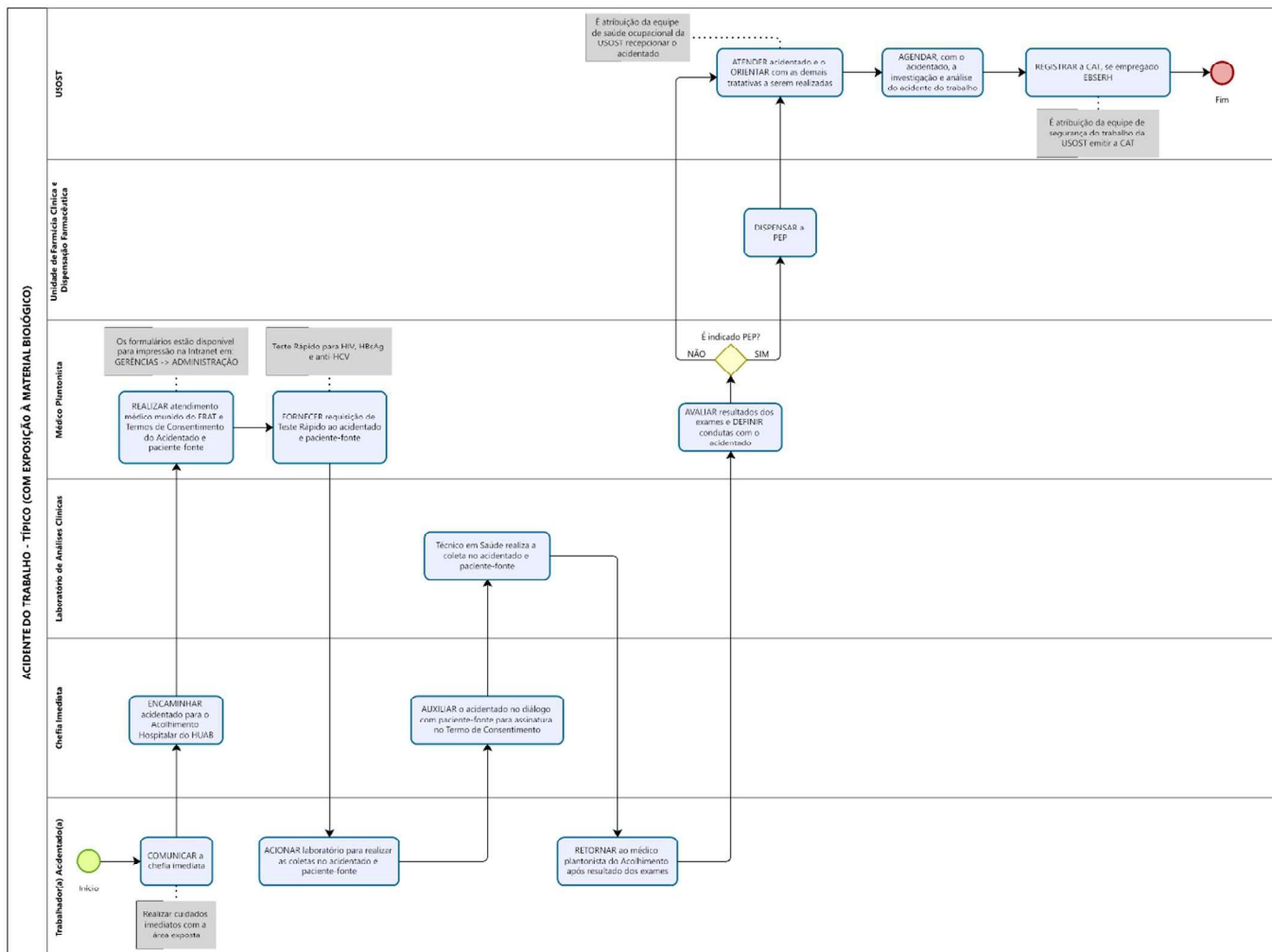
A CAT deverá ser emitida em duas vias, devendo uma via ser arquivada no prontuário médico do(a) empregado(a) e a outra entregue ao empregado(a) acidentado(a). Caso a CAT seja enviada por e-mail ao acidentado, deve-se marcar a opção “Solicitar confirmação de leitura” antes

do envio da CAT em anexo.

Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes do trabalho semelhantes, a USOST, em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPA e com a chefia imediata do(a) acidentado(a) deverão elaborar plano de ação no preenchimento do RAAT, a ser implementado em conjunto com os(as) envolvidos(as).

Para os acidentes de trabalho graves ou fatais e acidentes com material biológico deverá ser emitida a ficha de notificação do SINAN, que será encaminhada ao Setor/Unidade de Vigilância em Saúde do HU para comunicação à Secretaria de Saúde do município, com prazo de notificação de até 24 horas, conforme previsto no anexo da Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

### 8. FLUXOGRAMA



Fonte: Elaborado pelo autor

## 9. REFERÊNCIAS

SILVA, Hosaiás Alves dos Prazeres; SOUSA, Ludmila Nascimento. **Procedimento Operacional Padrão: Acidente do Trabalho**. 01. Brasília, 8 dez. 2022. POP.SSOST.007/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/seguranca-do-trabalho>. Acesso em: 23 set. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

## 10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	27/12/2022	Versão inicial.
2	12/05/2025	Revisão do documento.

## 11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Glenda Soares Saldanha - USOST/DIVGP	Data: 12/05/2025
<b>Análise</b> Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 30/05/2025
<b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 16/07/2025
<b>Aprovação</b> Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 16/07/2025

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*

**APÊNDICE A – Formulário Registro de Acidente do Trabalho – FRAT**

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ACIDENTE DO TRABALHO (FRAT)	
<b>1. INFORMAÇÕES DO ACIDENTE</b>	
1.1. Nome:	1.2 Fone: ( )
1.3. Função:	1.4. Tempo na função: __ a __ m
1.5. Lotação:	
1.6. Local do acidente:	
1.7. Vínculo: <input type="checkbox"/> EBSEH <input type="checkbox"/> RJU <input type="checkbox"/> ALUNO <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
1.8. Data do acidente __/__/__	1.9. Hora do acidente __:__:__
1.10. Horas trabalhadas __:__:__	
1.11. Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1.12. Último dia trabalhado __/__/__	
1.13. Parte do corpo atingida e lateralidade:	
1.14. Agente do acidente:	
1.15. Fonte da lesão:	
1.16. Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1.17. Data do óbito __/__/__	
1.18. Atividade que realizava:	
1.19. Descrição do acidente O acidente ocorreu assim: _____ _____	
1.20. Nome da testemunha:	
1.21 Fone: ( )	
<b>2. ATENDIMENTO MÉDICO</b>	
2.1. Sorologia do paciente-fonte <sup>1</sup>	
2.2. Sorologia do acidentado <sup>1</sup>	
HIV: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
HAB. B: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
HAB. C: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
2.3. Indicado uso de PEP <sup>2</sup> ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____	
2.4. Indicado uso de IGHAB <sup>2</sup> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.5. Indicado vacinação para tétano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.6. Indicado vacinação para HBV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2.7. Descrição do quadro clínico apresentado: _____	
2.8. CID10 <sup>2</sup> : _____	
2.9. Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.10. Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   Se sim, quantos dias? _____
2.11. Exames complementares: _____	
2.12. Data do atendimento médico: __/__/__	
2.13. Hora do atendimento médico: __:__:__	
<p style="text-align: center;">_____ Assinatura do acidentado</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura e carimbo (legível) do médico com CRM/UF</p>	
<b>3. PARECER DA UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO - USOST</b>	
3.1 Há necessidade da emissão da CAT? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p style="text-align: center;">_____ Assinatura do(a) membro da equipe</p>	
<p><sup>1</sup> O preenchimento destes campos somente se faz necessário para a ocorrência de acidentes do trabalho com exposição a material biológico. <sup>2</sup> É obrigatório que o profissional médico, que assistiu o acidentado, informe o Código Internacional de Doença (CID). Elaborado por: Douglas Vidal Gomes da Silva – Chefe da USOST HUAB</p>	

## APÊNDICE B – Formulário de Investigação de Acidente do Trabalho – FIAT

10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro  
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

### INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

#### 1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES SOBRE O ACIDENTE DE TRABALHO

- 1.1. N° de trabalhadores acidentados:
- 1.2. Data do Acidente:
- 1.3. Hora aproximada:
- 1.4. Local do Acidente:
- 1.5. Tipo do Acidente:  Acidente do Trabalho com exposição à material biológico  Acidente do Trabalho sem exposição à material biológico  Acidente do Trabalho considerado como Doença Profissional  Acidente do Trabalho considerado como Doença do Trabalho  Acidente excetuado ao exercício da atividade

#### 2. INFORMAÇÕES SOBRE O(S) ACIDENTADO(S)

- 2.1. Nome do(s) Acidentado(s):
- 2.2. Sexo:  Feminino  Masculino  Outro:
- 2.3. Ocupação:
- 2.4. Data de Admissão / início atividade:
- 2.5. Tempo na Função:
- 2.6. Após quantas horas trabalhadas o acidente ocorreu?
- 2.7. Faz hora extra?  Sim  Não
- 2.8. O uso da prática de horas extras é repetido?  Sim  Não  Outro:
- 2.9. Há desrespeito a intervalos de pausas entre jornadas?  Sim  Não
- 2.10. Há situações de excesso de jornada, como mais de duas horas extras/dia?  Sim  Não
- 2.11. Fez hora extra no dia do acidente?  Sim  Não
- 2.12. Horário de trabalho (prescrito e real. Detalhar):
- 2.13. Parte(s) do corpo atingida(s):

#### 3. DESCRIÇÃO DO TRABALHO NORMAL (SEM ACIDENTE)

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59232783&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s...) 1/5



10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

- 3.1. Quem fazia o trabalho?
- 3.2. O que fazia? (descrever a atividade que desenvolvia)
- 3.3. O trabalho realizado era:  Rotineiro ou habitual  Novo, feito pela primeira vez  Conhecido, feito com frequência  Raro ou infrequente  Conhecido, feito com frequência, mas usando recursos ou meios não habituais. Ou seja, o acidentado é deslocado de seu local habitual de trabalho e trabalha em outro ambiente, interage com novas pessoas e usa recursos diferentes daqueles do cotidiano que conhece em detalhes e sabe que pode confiar  Outro:
- 3.4. Com o que fazia?
- 3.5. Como fazia? (gestos, regras ...)
- 3.6. Com quem fazia?
- 3.7. Quando fazia?
- 3.8. Há meta ou exigência de produção para individuo ou grupo?  Sim  Não  Outro:
- 3.9. Há supervisão direta ou cobranças mediadas por outra pessoa?  Sim  Não  Outro:
- 3.10. Existe algum trabalho que é desenvolvido e que não era habitual?  Sim  Não  Outro:
- 3.11. O que aconteceu, acontece diretamente no curso da atividade habitual ou ao lidar com variabilidades ocorridas?  Sim  Não  Outro:
- 3.12. Descrição do local do acidente:
- 3.13. O que é preciso fazer antes de começar esse trabalho?
- 3.14. Há alguma coisa que se não tiver sido feita ou se apresentar problemas impede o início ou dificulta a realização do trabalho? Caso "sim", especifique no campo "outros".  Sim  Não  Outro:
- 3.15. Quem faz isso? Caso a resposta anterior for "sim" especificar quem faz no campo "outros".  Não há nada que se não tiver sido feito ou se apresentar problemas impede o início ou dificulta a realização do trabalho  Outro:
- 3.16. Qual é a sequência de operações a ser realizada pelo trabalhador para fazer esse trabalho?
- 3.17. Existe "Procedimento" ou "passo a passo" para executar este trabalho? Caso "sim", anexar cópia e esclarecer com o trabalhador eventuais diferenças (caso exista no "POP") entre o jeito que faz e a descrição relatada pelo acidentado. Acrescente no campo "outros" se houve o esclarecimento.  Sim  Não  Outro:
- 3.18. Quem elabora e como? (Há participação de trabalhadores?)
- 3.19. Na ocasião do acidente, a maneira que o trabalho era realizado requeria posturas incômodas? Caso "sim", detalhe a sequência de movimentos e partes do corpo mais exigidas no campo "outros".  Sim  Não exigia posturas incômodas  Outro:

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59232783&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s...) 2/5



10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

3.20. Na ocasião do acidente, o trabalho era realizado sem apoios para os membros superiores ou inferiores? Caso "sim", descreva no campo "outros" o apoio adequado.  Sim  O trabalho era realizado com apoios adequados  O trabalho realizado não necessita de apoios para os membros superiores ou inferiores  Outro:

3.21. Na ocasião do acidente, o trabalho era realizado com dificuldades de visualização?  Sim  Não  Outro:

3.22. As condições do sistema associadas às origens desses MO possuíam:  Mobiliários inadequados  Recursos técnicos (equipamentos ou ferramentas) impróprios  Pressões de tempo  Materiais sem pega  Uso concomitante de braços para outra atividade  Outro:

3.23. Quais máquinas, equipamentos e materiais foram utilizados pelo acidentado na tarefa em curso ou outra diretamente relacionada ao acidente?

3.24. Como está as condições de uso do equipamento [funciona bem?] para realizar o procedimento relacionado à atividade envolvida no acidente? (detalhe todos os aspectos do funcionamento e operação do equipamento)

3.25. Quais são as mudanças, variabilidades e as dificuldades mais frequentes no trabalho? O que faz para enfrentar ou resolver? Quais as implicações que essa mudança traz para a segurança?

3.26. Há algo que precisa ser feito (cuidados a tomar) em relação à continuidade / passagem do trabalho pronto para outros colegas?

#### 4. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

4.1. Descreva as lesões ou consequências geradas sobre o ocorrido. (Pergunte: O que aconteceu? r. ex.: AE sofre perfuração no 3° quirodáctilo da ME por agulha)

4.2. Descreva o acidente prop. dito. (Pergunte: Quais as razões que explicam a agulha perfurar o 3° quirodáctilo da ME da AE? r. ex.: O 3° quirodáctilo da ME da AE resvala na agulha da seringa)

4.3. Descreva as mudanças que levam ao acidente. (Pergunte: Que fatores explicam que a agulha da seringa resvala no 3° quirodáctilo da ME da AE? r. ex.: Fracasso em manobra de desobstrução do equipo entupido; O medicamento retorna pela extensão do equipo e entope-o.

OBSERVAÇÃO: Quando o acidente for com exposição a material biológico, munir-se do formulário de análise simples de causa raiz de acidentes com perfurocortantes

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59232783&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s...) 3/5

10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

4.4. Informações complementares (Pergunte: Que fatores explicam o fracasso na desobstrução equipo entupido? r. ex.: Equipe instala equipo disponível, com injetor lateral (que permite desobstrução com seringa); Equipo usado é mais rígido que o habitual, exigindo mais força na retirada da agulha; O modo operatório usado deixa a mão que apoia o injetor a centímetros da agulha que é retirada.)

4.5. Registre as mudanças em componentes do sistema que foram identificadas como participantes do acidente explicando as origens dessas mudanças (componentes do sistema - Indivíduo, Tarefa, Material e Ambiente de Trabalho físico ou organizacional):

4.6. Quais as situações potencialmente nocivas presentes no acidente? Há indicação de barreiras em literatura/legislação para estas situações nocivas? Estas barreiras estão instaladas com falha ou sem falha? Estão ausentes ou com falhas na instalação?

4.7. Qual a fonte da condição nociva?

4.8. Quais as barreiras que existiam no sistema para evitar acidentes desse tipo?

4.9. Quais as barreiras que falharam?

4.10. Registre a(s) razão(ões) que contribuiu(íram) para a(s) falha(s) ou ausência(s) de barreira(s):

4.11. Alguma barreira não existente poderia ter evitado ou minimizado as consequências do acidente?  Sim  Não  Outro:

4.12. Quais as razões da inexistência dessa barreira?

4.13. Registre a condição ou evento com potencial nocivo, explicando as razões da ocorrência de todas as falhas e ausências de barreiras identificadas no sistema.

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59232783&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59232783&infra_s...) 4/5



10/10/2024, 14:36

SEI/SEDE - 43218532 - Despacho - SEI

Atenciosamente,

---

**Responsável pela Inspeção**

Cargo  
SIAPE:  
HUAB/EBSERH-UFRN

---

**Responsável pela Inspeção**

Cargo  
SIAPE:  
HUAB/EBSERH-UFRN



## APÊNDICE C – Relatório de Análise do Acidente do Trabalho – RAAT

10/10/2024, 15:03

SEI/SEDE - 43235027 - Relatório - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro  
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Relatório - SEI nº 95/2024/USOST/DIVGP/GAD/HUAB-UFRN-EBSERH

Santa Cruz, data da assinatura eletrônica.

### RELATÓRIO DE ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1. RESUMO DO CASO
2. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE HABITUAL
3. ANÁLISE DE BARREIRAS
4. ANÁLISE DE MUDANÇAS
5. GESTÃO DA SEGURANÇA
6. GESTÃO DA PRODUÇÃO
7. AMPLIAÇÃO CONCEITUAL
8. CONCLUSÃO
9. RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO

Medidas de controle	Responsável	Prazo
		/ / a / /
		/ / a / /
		/ / a / /

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59250874&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59250874&infra_s...) 1/2



10/10/2024, 15:03

SEI/SEDE - 43235027 - Relatório - SEI

**10. EQUIPE DE ANÁLISE**

Nome	Cargo ou Função

**11. COMUNICAÇÃO PARA CIÊNCIA**

Nome	Cargo ou Função
	Gerência Administrativa
	Divisão de Gestão de Pessoas
	Chefia imediata do acidentado
	Presidente da CIPA

Registro Fotográfico - Evidências das visitas in loco no local do acidente

<i>Clique aqui para digitar texto.</i>	<i>Clique aqui para digitar texto.</i>	<i>Clique aqui para digitar texto.</i>

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**Nome**  
Cargo:  
SIAPE:  
HUAB/EBSERH-UFRN

\_\_\_\_\_  
**Nome**  
Cargo:  
SIAPE:  
HUAB/EBSERH-UFRN

**Referência:** Processo nº 23527.007477/2024-68 SEI nº 43235027

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=59250874&infra\\_s...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=59250874&infra_s...) 2/2







## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ACIDENTADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACIDENTADO
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO
<p>Eu, _____, portador do RG: _____ estou ciente que, em virtude do acidente de trabalho ocorrido no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), será necessária uma coleta simples de amostra do meu sangue para realização dos exames anti-HIV, Hepatites B e C. O risco associado a esse tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que terei é de receber informações diagnósticas sobre essas doenças e tratamento em tempo oportuno, se for o caso.</p> <p><b>Todas as informações serão mantidas em sigilo.</b> Apenas a equipe de saúde, que está diretamente envolvida na prestação da assistência a mim e a saúde ocupacional, terão acesso aos resultados dos meus exames.</p> <p>Também estou ciente que a não autorização da coleta de exames complementares elencados no protocolo de acidente de trabalho com exposição material biológico do Hospital Universitário Ana Bezerra, isenta o empregador e a equipe do HUAB de qualquer responsabilidade pela minha recusa.</p> <p>Dessa forma, após ter sido adequadamente informado sobre o objetivo desta solicitação prevista no protocolo de atendimento aos trabalhadores acidentados com exposição a material biológico e dos procedimentos aos quais serei submetido, eu <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO AUTORIZO</b> a coleta do meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.</p> <p><i>OBS.: Em caso de marcação das duas opções acima o documento será anulado.</i></p> <p>Santa Cruz, ____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p>ACIDENTADO</p>

## APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE-FONTE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTE-FONTE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO
<p>Eu, _____, portador do RG: _____ estou ciente que, em virtude do acidente ocorrido com o colaborador do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), será necessária uma coleta simples de amostra do meu sangue para realização dos exames anti-HIV, Hepatites B e C. O risco associado a esse tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que terei é de receber informações diagnósticas sobre essas doenças e orientação do seu tratamento, se for o caso.</p> <p><b>Todas as informações serão mantidas em sigilo</b>, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do colaborador acidentado. Apenas a equipe de saúde, que está diretamente envolvida na prestação da assistência a mim e ao colaborador acidentado, terão acesso aos resultados dos meus exames.</p> <p>Dessa forma, após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação prevista no protocolo de atendimento a acidentes com exposição a material biológico e dos procedimentos aos quais serei submetido, eu <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO AUTORIZO</b> a coleta do meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.</p> <p><i>OBS.: Em caso de marcação das duas opções acima o documento será anulado.</i></p> <p>Santa Cruz, _____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p>PACIENTE-FONTE</p>

## APÊNDICE H - TERMO DE ACEITE/RECUSA QUIMIOPROFILAXIA - ACIDENTADO



TERMO DE ACEITE/RECUSA QUIMIOPROFILAXIA ACIDENTADO	
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	
Eu, _____, matricula SIAPE: _____	
<input type="checkbox"/> ACEITO <input type="checkbox"/> RECUSO realizar a PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) OCUPACIONAL AO HIV adotada por este serviço de saúde, após ter sido exposto à contato com material biológico e recebido as seguintes informações:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Existe risco de transmissão de HIV pós-exposição ocupacional;</li><li>2. Há indicação da quimioprofilaxia para o grau de risco de exposição;</li><li>3. Os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados;</li><li>4. Recebi informações sobre os efeitos adversos que as medicações poderão causar;</li><li>5. Fui orientado sobre a importância de comparecer a USOST nas datas determinadas para a realização dos exames de controle, assim como para informar qualquer manifestação que possa ocorrer em relação ao uso da profilaxia indicada.</li><li>6. Passa a ser o responsável por evitar a transmissão secundária devendo, portanto, adotar as seguintes medidas:</li></ol>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suspender a amamentação (risco de transmissão pelo leite materno);</li><li>• Não compartilhar objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, material de manicure e pedicure, equipamentos para uso de drogas, confecção de tatuagem e colocação de piercings;</li><li>• Usar preservativos durante as relações sexuais ou adoção de abstinência sexual;</li><li>• Não compartilhar seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis;</li><li>• Não fazer doação de sangue, órgãos, tecidos ou espermatozoides;</li><li>• Evitar a gravidez.</li></ul>	
Santa Cruz, ____ de _____ de _____.	
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/>	
ACIDENTADO	



<b>ORIENTAÇÕES GERAIS</b>																
Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.	NOVEMBRO2024															
<b>DETALHAMENTO DOS CAMPOS</b>																
<p><b>01. Serviço de Atendimento:</b> Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência, CTA, Extramuros e Teletendimento.</p> <p><b>02. Origem do acompanhamento:</b> Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p><b>03. CNES do Estabelecimento de Saúde:</b> Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p><b>04. Nome do Estabelecimento de Saúde:</b> Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p><b>05. CPF:</b> O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.</p> <p><b>06. CNS - Cartão Nacional de Saúde:</b> Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p><b>07. Prontuário:</b> Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço de saúde.</p> <p><b>08. Identificação Preferencial do Usuário:</b> Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>09. Nome Completo do Usuário - Civil:</b> Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>10. Nome Social:</b> Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>11. Nome Completo da Mãe:</b> Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>12. Data de Nascimento:</b> Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.</p> <p><b>13. Raça/cor:</b> Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.</p> <p><b>14. Sexo atribuído ao nascimento:</b> Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>15. Identidade de Gênero:</b> É a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).</p> <p><b>16. Orientação Sexual:</b> É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).</p> <p><b>17. UF de Nasc:</b> Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>18. Cidade de Nascimento:</b> Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p><b>19. País de Nascimento:</b> Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>20. Nacionalidade:</b> Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>21. Situação do estrangeiro:</b> Informar se o paciente estrangeiro é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>22. Habitante de Fronteira:</b> Verificar se o paciente é habitante de fronteira, independentemente de ser residente ou não. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>23. UF de residência:</b> Unidade da Federação da residência do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>24. Cidade de Residência:</b> Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>25. Gestante:</b> Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>26. Escolaridade:</b> Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos" (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>27. Pessoa em situação de rua no momento:</b> Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>28. Pessoa privada de liberdade no momento:</b> Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>29. Permite contato:</b> Informar se o usuário (a) permite ser contatado (preenchimento obrigatório). Para resposta afirmativa preencher os campos 29, 30, 31 e 32.</p> <p><b>30. Tipo de telefone:</b> Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.</p> <p><b>31. Telefone para contato (DDD + número):</b> Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.</p> <p><b>32. Observações:</b> Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, Se é número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.</p> <p><b>33. E-mail:</b> E-mail de contato do(a) usuário(a).</p> <p><b>34. Circunstância da Exposição:</b> Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical" (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>35. Data da Exposição:</b> Informar a data que ocorreu a exposição de risco. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>36. Teste para HIV:</b> Inserir o tipo de teste para HIV realizado (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>37. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?":</b> Informar se nos últimos 3 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:</b> Lista dos Esquemas antiretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor devera assinalar um "x" no esquema preferencial.</p> <p><b>39. Número de autoteste de HIV para entregar para usuário (a), pares/ parcerias sexuais:</b> Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entrega para pares e/ou parcerias sexuais.</p> <p><b>40. Pessoa fonte multiexperimentada:</b> Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multiexperimentada a antiretrovirais. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>41. Esquemas alternativos:</b> Assinalar caso seja prescrito esquema alternativo. Os medicamentos de escolha deverão ser informados no campo específico com prescrição legível. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.</b> informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.</p>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Faixa Etária</th> <th style="width: 33%;">Esquema Preferencial</th> <th style="width: 33%;">Medicamentos Alternativos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Adultos e crianças acima de 6 anos*</b></td> <td>TDF/3TC + DTG 50mg</td> <td>Impossibilidade do uso de TDF: AZT Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg</td> </tr> <tr> <td><b>0 a 14 dias de vida</b></td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>Impossibilidade do uso de RAL: NVP</td> </tr> <tr> <td><b>Acima de 14 dias a 4 semanas</b></td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>Impossibilidade do uso de RAL: NVP</td> </tr> <tr> <td><b>Acima de 4 semanas até 6 anos</b></td> <td>AZT + 3TC + DTG 5mg**</td> <td>Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">Posologia pelo peso: *TDF ≥ 35kg; DTG 50mg ≥ 20kg; **DTG 5mg ≥ 3kg.</p>		Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicamentos Alternativos	<b>Adultos e crianças acima de 6 anos*</b>	TDF/3TC + DTG 50mg	Impossibilidade do uso de TDF: AZT Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg	<b>0 a 14 dias de vida</b>	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP	<b>Acima de 14 dias a 4 semanas</b>	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP	<b>Acima de 4 semanas até 6 anos</b>	AZT + 3TC + DTG 5mg**	Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r
Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicamentos Alternativos														
<b>Adultos e crianças acima de 6 anos*</b>	TDF/3TC + DTG 50mg	Impossibilidade do uso de TDF: AZT Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg														
<b>0 a 14 dias de vida</b>	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP														
<b>Acima de 14 dias a 4 semanas</b>	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: NVP														
<b>Acima de 4 semanas até 6 anos</b>	AZT + 3TC + DTG 5mg**	Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r														
<p><b>43. Prescritor:</b> Assinatura e carimbo do prescritor responsável.</p> <p><b>44. Técnico responsável pela dispensação:</b> Assinatura do técnico responsável pela dispensação.</p> <p><b>45. Recebi em:</b> Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.</p>																



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.007507/2024-36

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

Certidão de Assinatura do Procedimento Operacional Padrão (Externo) Acidentes do Trabalho com Exposição a Material Biológico. POP.USOST.013 – versão 2 (52513281)

## 11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Glenda Soares Saldanha - USOST/DIVGP	Data: 12/05/2025
<b>Análise</b> Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 30/05/2025
<b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP  Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 16/07/2025
<b>Aprovação</b> Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 16/07/2025



Documento assinado eletronicamente por **Glenda Soares Saldanha, Enfermeiro(a) do Trabalho**, em 21/08/2025, às 13:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Douglas Vidal Gomes da Silva, Chefe de Unidade**, em 22/08/2025, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 22/08/2025, às 12:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **52513624** e o código CRC **903797CF**.