

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 1/10	
Título do Documento	GESTÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

1. SIGLAS	Erro! Indicador não definido.
2. INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
3. OBJETIVOS.....	2
4. DIAGNÓSTICO	Erro! Indicador não definido.
5. TRATAMENTO	Erro! Indicador não definido.
5.1 Medicamentoso (Metotrexato).....	5
5.2 Cirúrgico.....	7
5.3 Expectante.....	8
6. MONITORAMENTO DO TRATAMENTO E CONDUTA PÓS TRATAMENTO.....	8
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.
8. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	9

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 2/10	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

1. SIGLAS:

- Gestação Ectópica: GE
- Dispositivo intrauterino: DIU
- Doença inflamatória pélvica: DIP
- Fertilização in vitro: FIV
- Fração beta da gonadotrofina coriônica humana: β -hCG
- Ultrassonografia transvaginal: USTV
- Metotrexato: MTX

2. INTRODUÇÃO

Gestação ectópica (GE) é definida como a implantação e amadurecimento de um ovócito fertilizado fora da cavidade endometrial. Pode localizar-se na trompa de Falópio (95-96% dos casos), ovário (3%), cavidade abdominal (1%), em cicatriz de cesárea (>1%) ou em região cervical (<1%). Na trompa, a implantação dá-se mais frequentemente na ampola (80%), seguida do istmo, fímbrias e interstício.

A GE é uma das afecções do primeiro trimestre que tem um alto índice de morbimortalidade materna, sendo a principal causa de morte materna neste período.

A incidência é de 1,5 a 2% das gestações e, após a ocorrência do primeiro quadro de GE, a recorrência é de cerca de 15%; já em mulheres com dois ou mais episódios prévios, essa taxa é de pelo menos 25%.

A etiologia da GE está relacionada a danos tubários que fazem com que o blastocisto tenha dificuldade de completar sua migração em direção ao útero. Os principais fatores de risco são GE prévia, doença inflamatória pélvica (DIP), cirurgia tubária, infertilidade, fertilização in vitro (FIV), endometriose, usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência e tabagismo.

3. OBJETIVOS

- Saber diagnosticar a GE de forma precoce para evitar complicações e permitir a melhor forma de tratamento;
- Trazer diretrizes atualizadas para padronizar e uniformizar o tratamento da GE e das suas complicações.

4. DIAGNÓSTICO

A apresentação clínica mais frequente é o atraso menstrual (74%), acompanhada de dor abdominal (99%) e sangramento vaginal (56%). O quadro da gravidez tubária complicada (aborto ou ruptura) é caracterizado por dor sincopal e lancinante na ruptura tubária e em caráter de cólicas no aborto tubário. O hemoperitônio que se estabelece acentua a dor abdominal, com ocorrência de

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 3/10	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

náuseas e vômitos. Em alguns casos, há dor referida em ombro e escápula, por irritação diafragmática. Sugere gravidade os sinais que evidenciam estado hipovolêmico: palidez cutâneo-mucosa sem perda sanguínea visível, taquicardia e hipotensão arterial. No exame físico, podem-se evidenciar reação peritoneal, descompressão brusca dolorosa e diminuição de ruídos hidroaéreos intestinais. No exame dos genitais internos, há abaulamento do fundo de saco posterior com intensa dor. O útero apresenta-se ligeiramente aumentado e amolecido e, nos anexos, tumoração palpável só é detectada em metade dos casos. No caso de ruptura tubária, o diagnóstico é clínico.

Toda mulher no menacme que apresente atraso menstrual, sangramento vaginal anormal, com ou sem dor abdominal, associados ou não a fatores de risco de GE, deve ter acompanhamento médico cuidadoso até elucidação diagnóstica.

Na suspeita de GE, deve-se obter uma dosagem sérica da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) e ultrassonografia transvaginal (USTV). A análise combinada desses elementos compõe o algoritmo diagnóstico da gestação ectópica (**Figura 1**).

O valor discriminatório do β -hCG é de 1.500 a 2.000 mUI/mL, ou seja, com valores superiores a este, a gestação intra-uterina deveria ser confirmada à USTV. Com o valor de 3500 mUI/mL, 99% das gestações tópicas devem ter saco gestacional. A ausência de imagem de gestação tópica com valores do β -hCG acima da zona discriminatória é indicativo de gestação anormal. A exceção a esta regra são os casos iniciais de gravidez múltipla, cujos valores do β -hCG são mais elevados quando comparados a gravidez única, e, eventualmente, as situações de abortamento muito recente de gravidez tópica. Por outro lado, se os valores iniciais do β -hCG forem inferiores ao da zona discriminatória e a USTV não visualizar gravidez tópica ou ectópica, é necessária a dosagem seriada do β -hCG. Os valores do β -hCG tendem a dobrar a cada 48 horas na gravidez tópica viável.

Habitualmente, o β HCG sérico negativa em 4 a 6 semanas após a interrupção da gestação. Entretanto, na GE o β HCG apresenta crescimento alterado em 79% e normal em 21%. Por esse motivo, a USTV sempre é necessária como avaliação adicional à dosagem de β HCG.

Ao avaliar os achados ecográficos é importante lembrar que a visibilização do saco gestacional ocorre com 4-5 semanas de gestação, da vesícula vitelina com 5-6 semanas e dos batimentos cardioembrionários com 6-7 semanas por USTV. Portanto, nestas idades gestacionais a ausência destes achados ecográficos sugere GE. Na presença de β HCG positivo ≥ 1.500 mUI/ml, o achado ecográfico de líquido livre associado à massa anexial, sem gestação tópica, sugere gestação ectópica rota. Situações especiais são a possibilidade de ocorrer gestação heterotópica (1:30.000), ou seja, gestação tópica associada à GE.

A imagem ultrassonográfica patognomônica da GE é a presença de saco gestacional ectópico contendo embrião com batimentos cardíacos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 4/10	
Título do Documento	GESTÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

Em casos de indisponibilidade de ultrassom e na suspeita de GE rota, o procedimento de culdocentese pode ser útil na confirmação diagnóstica. A culdocentese consiste na punção da cavidade peritoneal através do fórnice posterior da vagina para confirmação de sangue livre peritoneal. Um resultado positivo significa aspiração de 0,5 ml de sangue, enquanto o resultado negativo é associado com aspiração de 0,5 ml de fluido seroso. Em 95% dos casos, um BHCG positivo associado à um resultado positivo na culdocentese prevê a presença de uma gravidez ectópica.

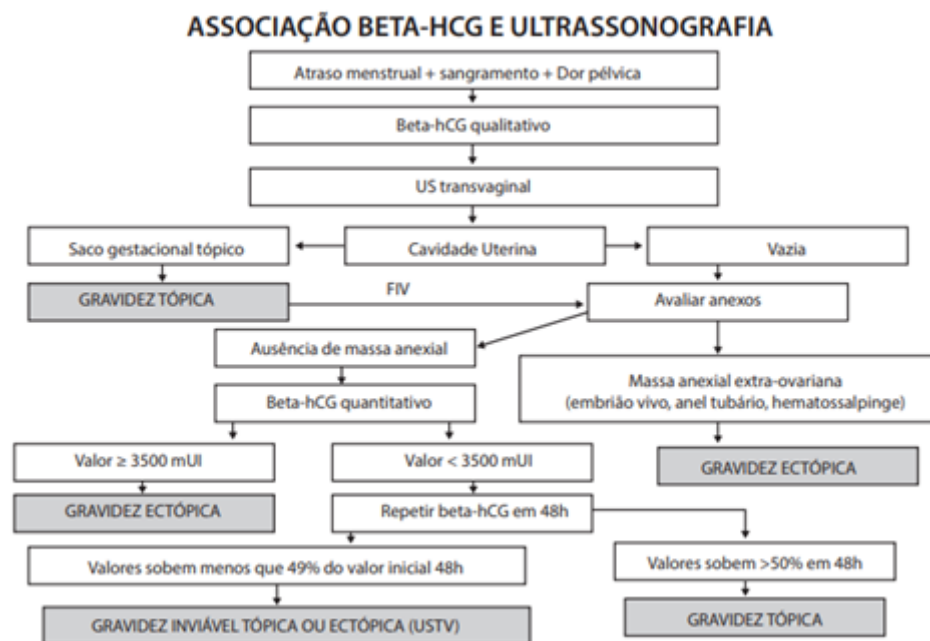


Figura 1. Associação de BHCG e Ultrassonografia. Fonte: Adaptada de Elito Junior J, Montenegro NA, Soares RC, Camano L. [Unruptured ectopic pregnancy: diagnosis and treatment. State of art]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(3):149–59.

5. TRATAMENTO

As três abordagens para o tratamento da gravidez ectópica são cirurgia (salpingostomia ou salpingectomia), tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) ou tratamento expectante. Com o diagnóstico precoce, a maioria das pacientes com gravidez ectópica pode ser tratada clinicamente com MTX. As demais pacientes precisarão de cirurgia (por exemplo, devido à suspeita de ruptura, gravidez ectópica grande, incapacidade de cumprir o acompanhamento da terapia com MTX) e alguns pacientes podem preferir tratamento cirúrgico. Uma proporção limitada de pacientes é elegível para tratamento expectante.

5.1 Tratamento Medicamentoso com Metotrexato:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 5/10	
Título do Documento	GESTÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

O MTX é a opção de tratamento preferida quando todas as seguintes características estão presentes:

- Estabilidade hemodinâmica.
- Concentração sérica de β HCG \leq 5000 mUI/mL. Níveis elevados de β HCG implicam menor eficácia terapêutica.
- Ausência de atividade cardíaca embrionária detectada à USTV;
- Tamanho da massa ectópica menor que 3,5cm;
- As pacientes estarem dispostas e aptas a cumprir o acompanhamento pós-tratamento e terem acesso a serviços médicos de emergência dentro de um prazo razoável, no caso de uma rotura tubária.

As pacientes que tiverem indicação ao tratamento medicamentoso devem realizar exames previamente ao início do tratamento (hemograma completo, transaminases, função renal), assim como durante o tratamento.

O Metotrexato pode ser prescrito em dose única (50mg/m²) intramuscular, e o acompanhamento faz-se por dosagens de beta-hCG, realizadas no quarto e sétimo dias após o emprego desse fármaco. Pacientes com redução dos títulos de beta-hCG acima de 15%, apurada entre o quarto e sétimo dias, apresentam bom prognóstico, devendo ser acompanhadas com dosagens semanais de beta-hCG até atingirem os níveis pré-gravídicos. Quando a redução for inferior a 15%, no sétimo dia após o emprego de MTX, será ministrada nova dose de MTX, seguindo a mesma sistematização predita. Caso não ocorra queda dos títulos, deverá ser indicada cirurgia.

Outra opção é o esquema de múltiplas doses, que consiste em aplicar Metotrexato IM na dose de 1mg/kg (nos dias 1, 3, 5, e 7) e Ácido Folínico IM (Leucovorin®) na dose de 0,1 mg/kg ou comprimido de ácido folínico 15 mg (nos dias 2, 4, 6 e 8). Neste esquema, o β HCG deve ser realizado nos dias 3, 5 e 7. Se houver redução menor que 15% nos valores de β HCG manter o esquema. Se após 14 dias o valor de β HCG for maior que o inicial ou se redução do β HCG for < que 15%, indicar cirurgia. O esquema pode ser interrompido antes de 4 doses, caso haja queda do β HCG maior que 15% a cada avaliação (intervalo de 48 horas). Nestes casos, manter a dosagem de β HCG semanal até negativação.

O protocolo com duas doses consiste na aplicação de MTX nos dias 1 e 4. Esse protocolo tem eficácia e segurança semelhantes à do tratamento com dose única, no entanto, apresenta melhores resultados com títulos de beta-hCG mais elevados, na faixa entre 3.600 mUI/ml e 5.000 mUI/ml.⁽¹³⁾ A vantagem da dose única é de ser um tratamento mais simples, com menos efeitos colaterais. No entanto, nos casos de localização atípica da GE, como gestação intersticial, cervical ou da cicatriz de cesárea, que, em geral, cursam com títulos de beta-hCG elevados, superiores a 5.000 mUI/mL, o protocolo com múltiplas doses é mais empregado.

Contraindicações ao MTX:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 6/10	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

- Instabilidade hemodinâmica.
- Gravidez intrauterina, incluindo uma gravidez heterotópica com gravidez intrauterina viável e coexistente.
- Sinais ou sintomas de ruptura iminente ou contínua da massa ectópica (por exemplo, dor pélvica ou abdominal ou evidência de sangramento intraperitoneal sugestivo de ruptura).
- Alterações hematológicas, renais ou hepáticas. As doenças renais e hepáticas podem retardar o metabolismo do MTX e resultar em pancitopenia e distúrbios da pele e mucosas. O MTX pode causar supressão da medula óssea, por isso está contraindicado se imunodeficiência, anemia, leucopenia (leucócitos inferior a 2.000 céls./mm³) ou trombocitopenia (plaquetas inferiores a 100.000).
- Doença pulmonar ativa (por exemplo, tuberculose) e úlcera péptica.
- Hipersensibilidade ao MTX.
- Amamentação.

Efeitos colaterais do MTX:

- Náuseas, vômitos, diarreia, estomatite e aumento transitório das transaminases.
- Raros: supressão medular, hepatotoxicidade, fibrose pulmonar, alopecia reversível.
- 60% pode aumentar a dor abdominal transitoriamente (realizar analgesia profilática).
- 30% terão sintomas colaterais no esquema de dose única.

Evitar durante o tratamento com MTX:

Relações sexuais até os títulos de beta-hCG serem negativos; exposição solar para diminuir o risco de dermatites por MTX; bebidas alcoólicas; aspirina; comidas e vitaminas que contenham ácido fólico. Deve-se também evitar nova concepção até o desaparecimento da GE na USTV e durante três meses após a utilização de MTX, pelo risco de teratogenicidade.

Dicas durante o tratamento com MTX:

- É comum persistência de dor leve a moderada e de curta duração após uso de MTX (6 a 7 dias após). A dor pode ser causada tanto pelo aborto tubário quanto pela distensão por formação de hematoma e pode ser controlada com

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 7/10	
Título do Documento	GESTÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

paracetamol. Em caso de dor severa repetir USG transvaginal para afastar gestação ectópica rota.

- Não existe benefício em seriar USG transvaginal após uso de MTX. Após tratamento pode-se notar aumento do tamanho da massa que pode persistir por semanas. Isso possivelmente acontece por formação de hematoma e não é um preditor de falha terapêutica.
- Administrar imunoglobulina anti-Rh para as pacientes Rh negativos.

5.2 Tratamento Cirúrgico:

Há duas opções para uma abordagem cirúrgica: salpingectomia (remoção da trompa de Falópio) e salpingostomia (incisão na trompa para remover a gestação tubária, mas deixando o restante da trompa intacta).

Há um pequeno risco de retenção de tecido trofoblástico e um risco aumentado de gravidez ectópica recorrente com salpingostomia, mas ambos os procedimentos parecem resultar em fertilidade subsequente semelhante. Tradicionalmente, a salpingectomia tem sido o procedimento padrão, mas a salpingostomia é preferida por ser uma opção cirúrgica conservadora.

A salpingectomia é o procedimento padrão se a condição do tubo com a gestação ectópica estiver danificada (rompida ou interrompida), o sangramento for descontrolado ou a gestação parecer muito grande para ser removida com salpingostomia. Outra vantagem da salpingectomia é que ela evita a necessidade de tratamento adicional para trofoblasto persistente, o que é necessário em algumas mulheres após a salpingostomia. Isso geralmente envolve tratamento com metotrexato e, embora geralmente seja seguro e eficaz, implica acompanhamento adicional e alguma morbidade potencial. Com base no risco de retenção de tecido gestacional após a salpingostomia, a salpingectomia é necessária em mulheres que têm contra-indicações à terapia com metotrexato (8).

Para mulheres que têm prole constituída, a salpingectomia bilateral pode ser realizada como esterilização permanente. A salpingectomia parece estar associada a um risco reduzido de câncer de ovário, e alguns dados sugerem que a trompa é o local de origem de alguns carcinomas serosos de alto grau que se presumia serem oriundos dos ovários. No entanto, é necessário um estudo mais aprofundado e a salpingectomia unilateral não foi investigada.

O tratamento com MTX da gravidez ectópica tubária parece ser tão eficaz quanto a salpingostomia laparoscópica, desde que doses adicionais de MTX sejam administradas se os níveis de β -hCG durante o acompanhamento não diminuírem conforme o esperado.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 8/10	
Título do Documento	GESTÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

5.3 Conduta Expectante:

Conduta expectante pode ser indicada nos casos com estabilidade hemodinâmica, declínio dos títulos de beta-hCG no intervalo de 24 a 48 horas sem tratamento, beta-hCG inferior ou igual a 2.000 mUI/ml, USTV com ausência de embrião vivo, massa tubária inferior a 5 cm e desejo de gravidez futura (B). O seguimento da conduta expectante deve ser feito com um retorno em 24 a 48 horas para repetir a dosagem de beta-hCG. Declínios superiores a 15% sugerem bom prognóstico, devendo ser seguido com dosagem semanal de beta-hCG. Dado que isso não ocorra, o caso deve ser reavaliado para decidir entre MTX ou cirurgia (B).

Em casos de gestação heterotópica, deve-se manejar a gestação ectópica com cirurgia, conforme indicação, e seguir a gestação intraútero.

6. MONITORAMENTO DO TRATAMENTO E CONDUTA PÓS TRATAMENTO:

É importante durante a internação:

- Os sinais vitais, a diurese (30ml/h), o aspecto da ferida operatória e a eliminação de gases.
- Realizar analgesia com cetoprofeno e dipirona se não houver restrições.
- A sonda vesical deve ser retirada na alta da sala de recuperação e ser mantida pelo menor tempo possível.
- Após a cirurgia, liberar dieta líquida após 12 horas e livre após 18 horas.
- Estimular deambulação precoce.
- Se a gestante for Rh negativo, e pai Rh positivo, e o Coombs indireto for negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh até 72 horas.
- Iniciar anticoncepção.
- A alta pode ocorrer após 24 horas da cirurgia, quando a paciente se apresentar hemodinamicamente estável, deambulando sem dificuldades e com hábitos fisiológicos preservados. Nos casos de tratamento clínico, a alta deve ser individualizada.
- A paciente deverá ser orientada e contra referenciada a retornar ao ambulatório de puerpério em 8 a 10 dias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Togas Tulandi, MD, MHCM. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites – UpToDate;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 9/10	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

MORAES, Emmanuelle Luana Voltolini Tafner Ruiz de. Tratamento Conservador na Gravidez Ectópica: Revisão de Literatura. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 11, pp. 14-28, Agosto de 2018. ISSN:2448-0959;

SIVALINGAM,V.N.;etal. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care. 37, n. 4, p. 231–240, 2011;

RIOS, L.T.M.; et al. Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico. Radiol Bras. 43, n. 2, p. 125-132, marco/abril 2010;

Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, et al. Gravidez ectópica e resultados de futura gravidez intra-uterina. Fertil Steril. 2019; 112 (1): 112. Epub 2019 2 de maio.

Togas Tulandi, MD, MHCM. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment – UpToDate

Togas Tulandi, MD, MHCM. Ectopic pregnancy: Surgical treatment – UpToDate
Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Gravidez Ectópica. p.50.

1. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

Elaboração Nome: Michelle Amaral SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra	Data: 29/05/2021 ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Revisão	Data:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.042 - Página 10/10	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 06/06/2021	Próxima revisão: 06/06/2023
		Versão: 1	

<p>Nome: Ana Sérvula Regalado Ferreira SIAPE: 1371125 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

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

Processo nº 23527.004711/2021-52

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do PRT.DM.042 (14357830) que versa sobre **GESTAÇÃO ECTÓPICA**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (14358102), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

Ressalto que esta aprovação não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram o referido protocolo assistencial, conforme consta na certidão supracitada.

Por fim, submeto à validação do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS
Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 23/06/2021, às 14:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, 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, informando o código verificador **14366576** e o código CRC **978E877A**.

Referência: Processo nº 23527.004711/2021-52 SEI nº 14366576

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 23527.004711/2021-52

Interessado: Setor de Vigilância em Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.042 GestaçãO Ectópica

Elaboração

Nome: Michelle Amaral

SIAPE: 1922122

Função: Médica Ginecologista e Obstetra

Revisão

Nome: Ana Sérvula Regalado Ferreira

SIAPE: 1371125

Função: Médica Ginecologista e Obstetra

Validação

Nome: João Maria Rego Mendes

SIAPE: 2247559

Função: Membro SGQVS

Aprovação:

Nome: Gerente de Atenção a Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Ana Servula Regalado Ferreira, Médico(a)**, em 18/06/2021, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 18/06/2021, às 11:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 23/06/2021, às 12:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, 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, informando o código verificador **14358102** e o código CRC **EE12ECDC**.