

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 1/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. EPIDEMIOLOGIA	2
3. ETIOPATOGENIA	2
4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	3
5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	4
6. EXAMES COMPLEMENTARES	5
7.1 Cuidados gerais	6
7.2 Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e tratamento medicamentoso	7
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
9. HISTÓRICO DE REVISÃO	9

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 2/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

1. INTRODUÇÃO

Náuseas e vômitos são comuns no início da gravidez, porém, quando persistentes podem afetar significativamente a qualidade de vida da gestante e sua família. A hiperêmese gravídica corresponde à forma grave, que afeta de 0,3% a 3% das gestações, sendo uma das intercorrências mais comuns.

Constitui-se em um diagnóstico clínico de exclusão baseado na presença de vômitos persistentes e na ausência de outras doenças. Geralmente está associado à grande cetonúria, uma perda de pelo menos 5% do peso pré-gestacional, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, com risco para as vidas materna e fetal. Na maioria dos casos, as pacientes apresentam melhora na segunda metade da gestação.

2. EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de náuseas e de vômitos na gestação (NVG) é calculada em torno de 85%, sendo que em 25% dos casos observa-se, exclusivamente, o quadro de náusea matinal. O período de incidência entre 5 e 9 semanas ocorre em mais de 90% das gestações, reduzindo progressivamente e tornando-se ocasional além de 20 semanas. A evolução do quadro de NVG com necessidade de tratamento farmacológico situa-se em torno de 10% das gestações. Por sua vez, os quadros mais graves de vômitos nas gestantes, a hiperêmese gravídica, respondem por 1,1% de todos os quadros de NVG.

3. ETIOPATOGENIA

Vários fatores contribuem para os sintomas, entretanto, sua etiologia ainda é incerta. As teorias predominantes são:

- **Fatores Endócrinos:** a gonadotrofina coriônica humana (hCG) é o principal hormônio associado com a hiperêmese gravídica e seu pico coincide com a época de maior incidência dessa afecção. Há também maior intensidade dos sintomas em mulheres com doença trofoblástica gestacional e gestações múltiplas, situações onde os níveis de hCG são mais altos.

- **Fatores Genéticos:** as taxas mais elevadas de recorrência desta complicação em sucessivas gestações reforçam a teoria genética. Além disso, o risco de uma gestante desenvolver NVG é de três vezes maior se sua mãe e/ou irmã também apresentaram esta complicação. No entanto, a falta de estudos que identifiquem quais são os genes responsáveis por esta alteração e em que parte do genoma estas alterações podem ser identificadas são fatores limitantes para se desenhar abordagens mais específicas de controle da doença.

- **Fatores Psicológicos:** a hiperêmese seria descrita como distúrbio de somatização de sintomas e poderia ser decorrente do estresse psicológico relacionados ao período da gravidez, como a não aceitação da maternidade, imaturidade, rejeição familiar e social. Porém, uma revisão

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 3/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

das teorias psicológicas propostas para explicar sua etiologia concluiu que é questionável a evidência de que NVGs são causadas por distúrbio psicológico ou resposta anormal ao estresse.

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Importante determinar se existe algum fator predisponente das náuseas (diagnóstico diferencial), a exemplo da insuficiência do cárdia, do hipertireoidismo e da dispepsia, entre outros. Determinadas doenças do trato digestivo precisam ser tratadas concomitantemente com as NVG, a fim de evitar retardar a resolução do problema e deixar a gestante numa situação de vulnerabilidade para evoluir rumo a piores prognósticos. Devem-se avaliar antecedentes familiares (principalmente mães e irmãs) e pessoais acerca do mesmo problema, correlacioná-los com sangramento vaginal e cogitar sempre doença trofoblástica gestacional.

Na hiperêmese, podemos ter os seguintes achados:

- Vômitos incoercíveis iniciados cerca da 6ª até a 14ª semana de gestação;
- Perda de peso corporal (>5% pré-gestacional);
- Desidratação grave;
- Distúrbios hidroeletrólíticos (hiponatremia, hipocalemia, hipocloria e alcalose metabólica);
- Distúrbio neurológico;
- Cetonúria.

E podemos ter as seguintes fases:

- **Fase de desidratação:** náusea e ptialismo intensos, vômitos fortes levando a um quadro de desidratação. A paciente apresenta-se com diminuição do turgor e da elasticidade da pele, olhos encovados, mucosas secas e pegajosas, língua áspera, taquicardia, hipotensão e hipotermia. Distúrbios hidroeletrólíticos podem estar presentes (dosagem de sódio alta, cloro e potássio um pouco diminuídos). O hematócrito encontra-se um pouco aumentado.

- **Fase metabólica:** ao quadro clínico anterior, somam-se distúrbios nutricionais (perda de peso maior que 5%); alterações da função hepática com elevação de enzimas e bilirrubinas (icterícia discreta); cetoacidose e cetonúria 2 ou 3 +; hipoalbuminemia; hiponatremia; e hipopotassemia. Hipoglicemia já ocorre nessa fase. Pode ocorrer hipotermia e torpor.

- **Fase neurológica:** os achados anteriores somados a um quadro de comprometimento oftálmico com lesões retinianas e alterações neurológicas iniciais com hiporreflexia e dor à palpação das panturrilhas e coxas. Esse quadro é muito importante, pois antecede o acometimento encefálico, que é irreversível, em uma semana. Esse intervalo é chamado de “Interstício crítico de Briquet” e a interrupção da gravidez deve ser feita imediatamente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 4/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

• **Fase da psicose de Wernicke-Korsakoff:** trata-se de uma encefalopatia amoniacal, caracterizada por instabilidade hemodinâmica de difícil controle, alucinações e coma. Esse quadro é irreversível na maioria das vezes.

Dentre os vários escores propostos na literatura, sobressai o Pregnancy Unique Quantification of Emesis (PUQE).

1. Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)
2. Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)
3. Em quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)
Classificação – Pontuação ≤ 6: forma leve; entre 7 e 11: forma moderada; ≥ 12: forma grave.

Escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

Fonte: Adaptada de Koren G, Piwko C, Ahn E, Boskovic R, Maltepe C, Einarson A, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. J Obstet Gynaecol. 2005;25(3):241-4.⁽²⁹⁾

Quadro 1. Determinação da gravidade da NVG

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O momento do início das náuseas e vômitos é importante. Iniciam-se antes da nona semana de gestação em praticamente todas as mulheres. Quando aparecem pela primeira vez após nove semanas de gestação, outras condições devem ser cuidadosamente consideradas no diagnóstico diferencial, como colelitíase ou gastroparesia diabética.

Devemos considerar os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Neoplasia trofoblástica gestacional;
- Gestação múltipla;
- Esteatose hepática aguda da gravidez;
- Pré-eclâmpsia;
- Pielonefrite;
- Uremia;
- Torção ovariana;
- Calculose renal;
- Leiomioma uterino em degeneração;

Tipo do Documento	PROCOLO	PRT.DM.010 - Página 5/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

- Gastroenterite;
- Gastroparesia;
- Acalasia;
- Doença do trato biliar;
- Obstrução intestinal;
- Úlcera péptica;
- Apendicite;
- Hepatite;
- Pancreatite;
- Hérnia de hiato;
- Intoxicação exógena (quimioterápicos, anti-inflamatórios, digoxina, anti-hipertensivos, betabloqueadores, diuréticos, anticonvulsivantes, aminofilina, álcool, drogas ilícitas);
- Cetoacidose diabética;
- Porfíria;
- Doença de Addison;
- Hipertireoidismo e crise tireotóxica;
- Hiperparatireoidismo;
- Neuropatias;
- Pseudotumor cerebral;
- Lesões vestibulares;
- Enxaqueca;
- Tumores do sistema nervoso central;
- Hipofisite linfocítica;
- Distúrbios psiquiátricos e condições psicológicas.

6. EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames são utilizados para dar subsídio aos diagnósticos diferenciais, a fim de aferir o comprometimento sistêmico da gestante e avaliar o resultado terapêutico. Neste sentido, sugere-se avaliar inicialmente (náuseas de menor gravidade) o hemograma, sódio e potássio,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 6/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

sorologias (teste para sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola e hepatites A, B e C), testes de função renal, testes de função hepática, amilase, TSH/T4 livre, sumário de urina e urocultura.

A ultrassonografia está indicada para descartar casos de doença trofoblástica, principalmente se há história de sangramento genital ou aumento do volume uterino acima do esperado para a idade gestacional. Igualmente, pode identificar gestação gemelar, situação em que as NVG são mais frequentes. Será útil também a pesquisa de aneuploidias (síndrome de Down), utilizando o sangue materno ou o líquido amniótico.

Nos casos sem remissão ou melhora das NVG, apesar da terapia instalada, é indicada a repetição das funções hepática e renal como também é imprescindível a realização da esofagogastroduodenoscopia. Concomitantemente ao exame endoscópico, é aconselhável, também, a pesquisa da infecção pelo *Helicobacter Pylori* (HP). A busca diagnóstica da infecção pelo HP deve se restringir aos casos refratários ao manejo convencional, principalmente aqueles que se estendem ao segundo trimestre gestacional. Sem melhoras, apesar dos cuidados corretos, pode ser necessária a avaliação do neurologista. Os recursos utilizados vão desde a punção liquórica para afastar infecções e hemorragias até o estudo por imagens (tomografia ou ressonância magnética). Estas avaliações não são apenas para avaliação diagnóstica de eventuais alterações infecciosas ou expansivas do encéfalo, mas também para verificar o risco de evolução para a síndrome de Wernicke.

7. TRATAMENTO

Nas formas leves das náuseas e dos vômitos da gestante (≤ 6 do escore de PUQE), as medidas não-farmacológicas e farmacológicas por via oral apresentam bons resultados e o tratamento deve ser ambulatorial. Nas formas moderadas e graves do quadro de NVG (> 6 do escore de PUQE), a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar.

7.1 Cuidados gerais

- Prevenção: uso de polivitamínicos antes da gestação por otimização generalizada do estado nutricional ou porque o aumento dos níveis de vitamina B6 (piridoxina) pode reduzir o vômito em algumas mulheres;
- Apoio Psicoemocional;
- Acupressão, aromaterapia e acupuntura, hidroginástica e outras atividades físicas de baixo impacto articular;
- Evitar medicamentos à base de sais de Ferro;
- Evitar alimentos gordurosos, quentes e apimentados;
- Preferir alimentos secos ou suaves, ricos em proteínas;
- Evitar estímulos sensoriais, como odores, calor, umidade, ruído ou estímulos luminosos;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 7/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021	Próxima revisão: 23/04/2023
		Versão: 1	

- Se internação hospitalar:

- Suspende alimentação nas primeiras 24 a 48 horas. Após estabilização do quadro, iniciar dieta com evolução progressiva, inicialmente líquida e depois sólida, branda, pobre em lipídios e rica em carboidratos em intervalos curtos (a cada 3 horas) e porções pequenas;

- Controle de peso e diurese diariamente;

- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos;

- Nutrição parenteral em casos selecionados e refratários.

7.2 Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e tratamento medicamentoso

- **Primeiras 24 horas:**

- Solução glicofisiológica – 2000 a 4000mL em 24h, não exceder 6000mL;

- Tiamina 100mg em 100mL de solução salina, administrada em 30 minutos;

*Nos casos de hidratação venosa prolongada, repor as vitaminas B6, C, K e a Tiamina.

- **Reposição de sódio:**

- Hiponatremia leve em assintomáticas (Na: 130 - 135 mEq/L): Soro fisiológico 0,9%.

- **Reposição de potássio:**

- Hipocalemia leve (K: 3,0 - 3,5mEq/L): KCl xarope a 6% / comprimido 6mEq - 10 a 20 mL ou 01 comprimido, 6/6h após as refeições.

- **Piridoxina (vitamina B6)** – dose de 10 a 25mg 8/8 horas.

- **Antieméticos:**

- Ondansetrona 2mg/mL: 01 ampola de 2mL, diluir em 10mL de SF 0,9%, IV, e administrar em 5 minutos de 6/6h (evitar uso no primeiro trimestre, ainda é o de melhor resposta em caso de hiperêmese com hipovolemia, deve ser trocado por outros antieméticos após resolução do quadro, se ainda necessário controle de NVG).

- Metoclopramida 5mg/mL: 01 ampola de 2mL, diluir em 10-20mL (SF 0,9% ou SG 5%), IV, administrar em 5 minutos de 6/6h.

- Dimenidrinato 3mg/mL + cloridrato de piridoxina 5mg/mL: 01 ampola de 10mL, diluir em 100mL de SF

- 0,9% , IV, e administrar em 60 minutos de 6/6h.

- Prometazina 25mg/mL: 01 ampola, IM profunda, de 8/8h.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 8/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

• **Corticosteróides** – adicionar aos antieméticos em casos refratários, pois têm a capacidade de cessar os vômitos em até 2 horas.

- Prednisona 10 mg, VO, 12/12h;
- Hidrocortisona 50mg, VO, 12/12h;
- Dexametasona 50 mg, IV, de 12/12h por 24 a 48 horas.

Observação: É importante lembrar que todas essas drogas devem estar sempre associadas à administração de vitaminas do complexo B, principalmente B1 e B6, protetoras do sistema nervoso central.

• **Terapia adjuvante:**

○ Ranitidina (bloqueador do receptor H2) - 25mg/mL: 01 ampola de 02mL, diluir em 10mL de SF 0,9%, IV, administrar em 5 min, 8/8h.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M.; OLIVEIRA, C. A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de Condutas em Obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011, p. 75-78.

Duarte, G.; Cabral, A. C. V.; Vaz, J. O., Moraes Filho, O. B. **Êmese da gravidez**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].

JERRI, S. Refuerzo, MD, JUDITH A Smith, PharmD, BCOP, CPHQ, FCCP, FISOPP, KARIN A Fox, MD, MEd. **Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy**. Up to date. 2018. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 31/05/18.

JUDITH, A. Smith, PharmD, BCOP, CPHQ, FCCP, FISOPP, Karin A. Fox, MD, MEdShannon Clark, MD, MMS. **Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome**. UpToDate, 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome>>. Acesso em 08/04/20.

MARTINS, S. H.; VELASCO, T. I. Alterações eletrolíticas. **Medicina de emergência: revisão rápida**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2017, p.231-273.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 9/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

MONTENEGRO, C. A. B. ; REZENDE FILHO, J. Hiperêmese gravídica. **Rezende obstetrícia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p.478- 484.

NIEBYL, J. R. Nausea and vomiting in pregnancy. **N Engl J Med**. V. 363, 2010, p. 1544-1550.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. Hiperêmese gravídica. **Obstetrícia**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2016, p.613-620.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). **Náuseas e vômitos na gravidez**. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo Febrasgo-Obstetrícia, n. 32/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

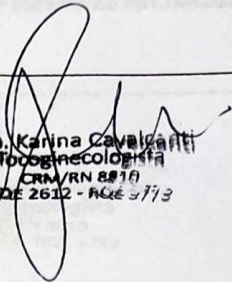
<p>Elaboração</p> <p>Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues SIAPE: 1094578 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima SIAPE: 2098904 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Victor Alencar de Moura SIAPE: 1004453 Função: Médico Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 23/04/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.010 - Página 10/10	
Título do Documento	HIPERÊMESE GRAVÍDICA	Emissão: 23/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 23/04/2023

SIAPE: Função:	VIA SEI
Validação Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS	Data: ___/___/_____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Aprovação Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde	Data: ___/___/_____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI

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

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.010

Elaboração	
Nome: Karina Sampaio Cavalcanti Rodrigues	Dra. Karina Cavalcanti Tooginecologista
SIAPE: 1094578	CRM/RN 8816
Função: Médica Ginecologista e Obstetra	RQE 2612 - FOL 3773
Nome: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima	
SIAPE: 2098904	
Função: Médica Ginecologista e Obstetra	
Nome: Victor Alencar de Moura	
SIAPE: 1004453	
Função: Médico Ginecologista e Obstetra	
Revisão	
Nome:	
SIAPE:	
Função:	
Validação	
Nome:	
SIAPE:	
Função: Membro SGQVS	
Aprovação:	
Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos	
Função: Gerente de Atenção à Saúde	

Santa Cruz, 01/08/2021
Documento assinado eletronicamente
Santa Cruz, 01/08/2021
Documento assinado eletronicamente

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 23527.003914/2021-21

Interessado: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Victor de Alencar Moura, Setor de
Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

O DOCUMENTO 15633446 SEGUE COM A ASSINATURA MANUAL DA EX-EMPREGADA KARINA SAMPAIO CAVALCANTI RODRIGUES, REFERENTE AO DOCUMENTO PRT.DM.010, UMA VEZ QUE A MESMA NÃO SE ENCONTRA MAIS NO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA EBSERH. AS DEMAIS ASSINATURAS DIGITAIS REFERENTES AO DOCUMENTO EM QUESTÃO CONSTARÃO NA CERTIDÃO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS 15633541.



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Médico(a)**, em 17/08/2021, às 17:26, 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 **Victor de Alencar Moura, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 21:06, 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 **15633488** e o código CRC **5F4A0D96**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 15633488

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 23527.003914/2021-21

Interessado: Victor de Alencar Moura, Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.010.



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Médico(a)**, em 17/08/2021, às 17:25, 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 **Katia Cristina Araujo Nascimento de Oliveira, Diretor(a) Clínico(a)**, em 18/08/2021, às 22:03, 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 **Victor de Alencar Moura, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 20:44, 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 14/09/2021, às 09:28, 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 **15633541** e o código CRC **8CB70099**.