

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página <b>1</b> de <b>8</b>	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021	Próxima revisão: 21/04/2023
		Versão: 1	

## SUMÁRIO

<b>1. OBJETIVOS</b> .....	2
<b>2. JUSTIFICATIVAS</b> .....	2
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	2
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	7
<b>5. HISTÓRICO DE REVISÃO</b> .....	8

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página <b>2</b> de <b>8</b>	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 21/04/2023

## 1. OBJETIVOS

- Abordar o tema de maneira mais ampla, enfatizando a necessidade de investigação minuciosa para cada caso, com o raciocínio clínico voltado ao diagnóstico diferencial das mais diversas causas de dor abdominal aguda.
- Revisar as principais etiologias do abdome agudo ginecológico.

## 2. JUSTIFICATIVAS

O abdome agudo é uma situação clínica frequente, responsável por cerca de 7% a 10% das consultas em prontos atendimentos, considerado importante problema de saúde pública não só pela sua alta incidência, como pelas possíveis consequências irreparáveis ao paciente como a cronificação da dor, perda de fertilidade e mesmo a morte. Possui abordagem complexa em virtude da dificuldade diagnóstica, quer pela gama de patologias abdominais ou torácicas que se manifestam pela dor abdominal, quer pela semelhança sintomatológica que elas apresentam, assim como pela necessidade de adoção de terapêutica precoce.

Dessa forma, é relevante sua revisão para que o ginecologista possa oferecer diagnóstico e tratamento corretos às pacientes no cenário da urgência e emergência.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Abdome agudo é definido como dor abdominal de início súbito, não traumática, havendo a necessidade de diagnóstico e tratamento imediatos. Seu diagnóstico sindrômico e etiológico é essencial e deve ser realizado com rapidez, uma vez que norteará o tratamento. Atraso no diagnóstico e consequentemente no tratamento pode ser fatal.

Anamnese e exame físico detalhados são os passos iniciais para seu diagnóstico. Na anamnese alguns dados são de extrema importância, tais como o tempo de evolução do quadro, as características da dor e localização da dor, fatores de alívio ou piora dos sintomas, sintomas associados, idade, doenças associadas, uso de medicações, cirurgias prévias, data da última menstruação e histórico gineco-obstétrico.

O exame físico deve iniciar já durante o primeiro contato com a paciente, enquanto se obtém a história clínica. Com a observação da paciente, nota-se a aparência geral, incluindo expressão facial, presença de diaforese, coloração da pele (palidez) e grau de agitação, sinais que, com frequência, indicam a urgência do quadro clínico. O exame deve avaliar o estado geral da paciente, a estabilidade hemodinâmica, a presença de postura antálgica e realizar auscultas pulmonar e cardíaca, que são de fundamental importância para afastar causas extra-abdominais de abdome agudo. A presença de temperatura elevada, taquicardia e hipotensão indica maior risco de patologia intra-abdominal e define a necessidade de rápida avaliação.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página <b>3</b> de <b>8</b>	
Título do Documento	<b>ABDOMEN AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 21/04/2023

O exame abdominal deve ser minucioso. A palpação superficial fornece dados sobre regiões de dor, massas superficiais e possíveis defeitos de parede abdominal. A palpação profunda fornece dados sobre irritação peritoneal, distribuição e tamanho dos órgãos e estimativa do conteúdo das alças intestinais. Pode fornecer importantes dados sobre massas abdominais (tamanho, mobilidade, densidade, sensibilidade, movimentação). Considerando-se possibilidade de causa ginecológica, realizar exame especular e toque bimanual.

Caso não seja possível determinar o diagnóstico do paciente após anamnese e exame físico, exames complementares devem ser solicitados. Entre eles, os principais são:

- Hemograma: a leucocitose é comum nos quadros de abdome agudo inflamatório. Um baixo hematócrito, com um volume corpuscular médio (VCM) normal, sugere uma perda aguda de sangue. A sua avaliação seriada pode auxiliar no diagnóstico e na avaliação da evolução do quadro clínico.

- Exame de urina: é fundamental afastar a possibilidade de infecção urinária, especialmente em mulheres. Além disso, hematúria pode sugerir quadro de nefrolitíase.

- B-HCG: deve ser realizado em todas as mulheres em idade reprodutiva.

- Amilase: altos níveis séricos de amilase sugerem quadro clínico de pancreatite.

- Ultrassonografia abdominal, pélvica ou transvaginal: pode auxiliar na determinação da etiologia do abdome agudo, mas é limitado pela presença de distensão abdominal por gases. O achado ultrassonográfico de líquido livre na cavidade abdominal, associado à história e ao exame clínico da paciente, permite, muitas vezes, o diagnóstico de hemoperitônio, dispensando a realização da punção abdominal. A ultrassonografia pela via transvaginal apresenta maior detalhamento na avaliação da genitália interna, e possibilita a identificação de massas pélvicas, anexiais ou cistos. Quando necessário uma melhor avaliação da vascularização da região, pode-se utilizar o doppler.

- Radiografia de tórax: a presença de pneumoperitônio sugere perfuração de víscera oca. Pode ocorrer no pós-operatório de laparotomias e é importante na avaliação de causas extra-abdominais de abdome agudo, como pneumonia de lobo inferior e pneumotórax.

- Radiografia de abdome: realizada em ortostatismo e decúbito dorsal. São considerados achados anormais na radiografia simples de abdome: pneumoperitônio, presença de ar no intestino delgado (também encontrado em caso de uso de entorpecentes e de laxantes), níveis hidroaéreos, apagamento da sombra renal e do músculo psoas, e alça em sentinela.

- Tomografia computadorizada de abdome: Ideal para o diagnóstico de pancreatite aguda, abdome agudo vascular e para o estudo de coleções líquidas intra-abdominais.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página 4 de 8	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021	Próxima revisão: 21/04/2023
		Versão: 1	

Devido às inúmeras possibilidades etiológicas da dor abdominal não traumática, são propostas algumas classificações para auxiliar na elaboração dos diagnósticos.

**Quadro I – Classificação anatômica da dor abdominal\*.**

HIPOCÔNDRIO DIREITO	EPIGÁSTRIO	HIPOCÔNDRIO ESQUERDO
---------------------	------------	----------------------

**Quadro II: Classificação do abdômen agudo segundo causas abdominais\***

Gastrointestinais	Apendicite, obstrução intestinal, perfuração intestinal, isquemia mesentérica, úlcera perfurada, diverticulite de Meckel, diverticulite do colon, doença inflamatória intestinal
Pâncreas, vias biliares, fígado e baço	Pancreatite, colecistite aguda, colangite, hepatite, abscesso hepático, ruptura esplênica, tumores hepáticos hemorrágicos
Peritonal	PBE-peritonite bacteriana espontânea Peritonites secundárias a doenças agudas de órgão abdominais c/ou pélvicos
Urológica	Cálculo ureteral, cistite e pielonefrite
Retroperitonal	Aneurisma de aorta e hemorragias
Ginecológica	Cisto ovariano roto, gravidez ectópica, endometriose, torção ovariana, salpingite e rotura uterina
Parede abdominal	Hematoma do músculo reto abdominal

\*Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006;90:481-503<sup>4</sup>.

**Quadro III: Classificação do abdômen agudo segundo causas extra-abdominais\*.**

Torácicas	IAM, pneumonia, infarto pulmonar, embolia, pneumotórax, pericardite, derrame pleural
Hematológica	Crise falciforme, leucemia aguda
Neurológica	Herpes zoster, tabes dorsal, compressão raiz nervosa
Metabólica	Cetoacidose diabética, porfiria, hiperlipoproteinemia, crise Addisoniana
Relacionadas a intoxicações	Abstinência de narcóticos, intoxicação chumbo, picada de cobra e insetos
Etiologia desconhecida	Fibromialgia

\*Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006;90:481-503<sup>4</sup>.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página 5 de 8	
Título do Documento	<b>ABDOMEN AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021	Próxima revisão: 21/04/2023
		Versão: 1	

Habitualmente os cirurgiões classificam o abdome agudo segundo a natureza do processo determinante, em inflamatório/infeccioso, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico. As etiologias ginecológicas são causas de dor aguda no abdome inferior e na pelve e, segundo essa classificação, as mais comuns são:

- **Hemorrágicas:**

- **Gravidez ectópica**

- Tríade clássica: sangramento vaginal, dor pélvica, amenorréia.
- Localização tubária é a mais comum.
- O diagnóstico é feito pela história clínica, associada aos níveis de  $\beta$ -HCG e ultrassonografia transvaginal evidenciando massa anexial, presença de corpo lúteo e cavidade uterina vazia.

- **Íntegra**

- Tratamento pode ser expectante ou medicamentoso com metotrexate (vide protocolo de gravidez ectópica)

- **Rôta**

- Pode causar dor pélvica antes ou após a ruptura secundária à distensão da tuba uterina ou pela irritação peritoneal pelo hemoperitônio.
- O tratamento é cirúrgico por laparotomia ou videolaparoscopia.

- **Cisto hemorrágico rôto**

- O cisto hemorrágico tem quadro clínico inespecífico, de casos assintomáticos até de dor pélvica abrupta ou não.

- Comum a história de piora da dor após relação sexual e da mesma ser acompanhada de tenesmo.

- Em situações de rotura, atentar para sinais de hipovolemia (choque).

- A maioria dos casos não são cirúrgicos, podendo a paciente ficar internada para analgesia e controle ultrassonográfico do sangramento.

- Abordagem cirúrgica pode ser necessária se sangramento ativo ou peritonite intensa não responsiva aos medicamentos. O tratamento cirúrgico pode ser por videolaparoscopia ou laparotomia, para cauterização, exérese do cisto (ooforoplastia) ou ooforectomia.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página 6 de 8	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021	Próxima revisão: 21/04/2023
		Versão: 1	

- **Inflamatória:**

- **Abcesso tubo-ovariano**

- Estágio avançado da doença inflamatória pélvica, daí a importância de prevenção e tratamento precoce já que, a longo prazo, pode provocar infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. – (vide Protocolo de DIP)

- Ocorre em 7% a 16% dos casos de DIP aguda e a incidência de ruptura varia de 3% a 5%.

- Em 20% a 54% das vezes as pacientes são usuárias de DIU.

- Pode ter manejo conservador ou cirúrgico. Dentre as indicações do manejo cirúrgico estão: suspeita de ruptura do abscesso; diagnóstico incerto de outra emergência cirúrgica; falta de resposta ao tratamento conservador; abscesso com > 8 cm; abscesso bilateral.

- O manejo conservador consiste em internação hospitalar com antibioticoterapia polimicrobiana que inclua cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis* e *Bacteroides fragilis* (pela sua alta incidência em abscesso pélvico).

- Esquemas antibióticos:

- Clindamicina 900mg + Gentamicina 2mg/Kg, EV, 8/8h por 7 – 14 dias OU

- Ampicilina-Sulbactam 3g, EV, 6/6h + Doxícilina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias.

- Não há consenso sobre o melhor tipo de tratamento cirúrgico, variando essa abordagem desde drenagem do abscesso até histerectomias com anexectomias bilaterais.

- Nos casos de abscesso que se estenda até o fundo de saco vaginal ou mesmo abscesso em fundo de saco de Douglas que se encontre acoplado à cúpula vaginal, em algumas situações opta-se por sua drenagem pela via vaginal, com coleta de material para pesquisa de agentes.

- **Isquêmica:**

- **Torção anexial**

- Estima-se que até 3% das pacientes com dor abdominal aguda que chegam ao serviço de emergência tenham torção anexial.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página <b>7</b> de <b>8</b>	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 21/04/2023

- Instalação aguda de dor unilateral intensa, associada a uma massa dolorosa em topografia de anexo em paciente com náuseas e vômitos.

- A torção anexial mais frequente é por cisto dermóide que tem peso específico alto, volume não muito grande e forma arredondada.

- Diagnóstico basicamente clínico, mas pode ser auxiliado por achados laboratoriais e de imagem.

- Ultrassonografia pélvica, associada ou não ao doppler, pode demonstrar massa ovariana, aumento unilateral do ovário, líquido livre em fundo de saco posterior e estruturas císticas periféricas uniformes.

- Emergência cirúrgica com opções conservadoras e definitivas para o tratamento com salpingectomia e/ou ooforectomia, que pode ser realizada por videolaparoscopia ou laparotomia. Desfeita a torção, havendo bom fluxo, é realizada a ooforoplastia; no entanto, quando o anexo está infartado, a torção não deve ser desfeita pelo risco de embolia e todo o anexo deve ser retirado.

- **Degeneração de mioma**

- Os tumores uterinos (p. ex., leiomiomas ou leiomiossarcomas) quando apresentam degeneração, podem causar dor aguda associada à hemorragia, necrose, distensão do peritônio visceral do útero ou pressão contra as estruturas intra-abdominais adjacentes. O diagnóstico é realizado com a história clínica e ultrassonografia.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cândido EB, Santiago AE, Silva Filho AL. **Abdome agudo em ginecologia**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 28/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

Flasar MH, Goldberg E. **Acute abdominal pain**. Med Clin North Am 2006; 90: 481-503.

Freitas, F. et al. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed, 6ª edição, 2011.

Carvalho NS, Carvalho BF, Linsingen RV, Takimura M. **Doença inflamatória pélvica**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 25/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DM.047 - Página <b>8</b> de <b>8</b>	
Título do Documento	<b>ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA</b>	Emissão: 21/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 21/04/2023

Podgaec, S. Manual de endometriose - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

## 5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p><b>Elaboração</b></p> <p>Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros SIAPE: 2199557 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 21/04/2021</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b> <b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Revisão</b></p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b> <b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b> <b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b> <b>VIA SEI</b></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>

## CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Mônica Martins Nobrega, Bianca Karenina Brito de Medeiros

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.047.



Documento assinado eletronicamente por **Bianca Karenina Brito de Medeiros, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 17:58, 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 **Mônica Martins Nobrega, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 19:35, 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 09:30, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **15814782** e o código CRC **340A8E2A**.

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: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO ( 14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);

- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);

- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO ( 14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);

- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);

- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ ( 14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);

- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ ( 14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);

- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO ( 14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);

- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE ( 15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);

- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL ( 15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);

- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE ( 15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);

- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);

- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA ( 15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);

- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL ( 15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);

- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);

- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA ( 15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ ( 15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ ( 15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA ( 15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL ( 15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

**Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia 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 27/09/2021, às 11:40, 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](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

**Referência:** Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568