	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	1 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

DEFINIÇÕES

- **Abortamento:** apesar da definição da OMS de 1977 constar como interrupção (espontânea ou induzida) da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal até 499 gramas de peso ao nascer ou até 21 semanas e 6 dias de idade gestacional ou até 16,5 cm; **para fins de preenchimento de Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou Declaração de Óbito (DO), deve-se seguir as orientações abaixo, considerando a Resolução CFM nº 1.779/2005, onde utiliza para fins de preenchimento de documentos os parâmetros de 20 semanas, peso de 500 gramas e estatura de 25 cm. Não confundir a definição de abortamento com a definição de nascido vivo. Teremos prematuros classificados como abortamento, que se classificarão como nascidos vivos.**

- **Nascido vivo:** quando, depois de retirado da mãe (estando ou não o cordão cortado e estando ou não a placenta extraída), *independentemente da idade gestacional*, o conceito respirar **OU** apresentar QUALQUER outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

- **Óbito fetal (Natimorto):** quando o conceito, depois de retirado da mãe (estando ou não o cordão cortado e estando ou não a placenta extraída), **NÃO** respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Para cálculo de taxa de mortalidade neonatal, não incluir natimorto.

- **Morte materna:** morte durante a gestação OU em até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez (ex.: tubária). Excluindo apenas causas acidentais.

QUAL FORMA DE CALCULAR A IDADE GESTACIONAL DEVE SER CONSIDERADA?

Em ordem de prioridade:

- 1) **USG do primeiro trimestre** (ou a data da fertilização, no caso de FIV);
- 2) **USG do segundo trimestre;**

VARIAÇÕES esperadas na USG (levar em consideração para tomada de decisões entre paliativos e tratamento)	
PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA USG	MARGEM DE VARIAÇÃO
Até 15 semanas e 6 séptimos	± 7 dias
Entre 16 semanas até 21 semanas e 6 séptimos	± 10 dias
Entre 22 semanas até 27 semanas e 6 séptimos	± 14 dias
<small>Fonte: ACOG. Comittee Opinion: Methods for estimate due date. Obst Gynecol 2017;129:e150</small>	


- 3) **DUM – Data da última menstruação** (previamente) ou **New Ballard** (pós-nascimento): usar somente nos casos onde não tenha sido realizado nenhuma USG prévia.

QUAIS AS TAXAS DE SOBREVIDA (GERALMENTE COM ALGUM GRAU DE SEQUELA) PARA RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS MUITO EXTREMOS AO REDOR DO MUNDO?

Uma boa ferramenta para cálculo de sobrevida e também de sequelas (paralisia cerebral, neurológicas, cegueira, surdez) de forma a auxiliar o obstetra e pediatra na conversa com os pais antes do nascimento de prematuro abaixo de 25 semanas está disponível em: <https://www.nichd.nih.gov/research/supported/EPBO/use>

Sempre que mortalidade for acima de 90% a decisão por paliativos é a mais recomendada. Saber estas taxas pode nos ajudar na tomada de decisão entre reanimar ou não e ainda na conversa com familiares. Abaixo de 24 semanas o índice de sequelas nos sobreviventes é alto.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	2 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

	22 sem	23 sem	24 sem	25 sem	26 sem
BRASIL	0 %	4 %	36 %	40 %	50 %
REINO UNIDO	2 %	19 %	40%	66 %	77 %
EUA	5 %	24 %	55 %	72 %	81 %


QUAIS OS CASOS ONDE SE DEVE PREENCHER A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO?

Deve ser preenchida **para todo nascido vivo** (ver definição acima), independentemente da idade gestacional, ou seja, independentemente de ter sido ou não classificado como abortamento.

COMO PROCEDER DIANTE DE UM FETO (≥ 20 SEM OU PESO ≥ 500 G OU ESTATURA ≥ 25 CM) QUE TENHA SIDO CONSIDERADO NASCIDO VIVO (APRESENTOU SINAIS DE VIDA AO NASCIMENTO)?

1. A DNV será preenchida pela equipe de enfermagem da unidade que realizou a admissão do RN (Berçário ou UTIN).
2. O RN será cuidado da seguinte forma:
 - a. **Até 22 semanas e 6 dias:** manter na sala do nascimento, prestando apenas cuidados paliativos e NÃO REANIMAR.
 - i. Administrar morfina (intranasal ou por punção direta do cordão umbilical): dose 0,1 mg/kg/dose, que ajuda no controle da dor, do sofrimento e da angústia respiratória;
 - ii. Oferecer aos pais a possibilidade de pegar o feto no colo quando o aspecto e tamanho do feto permitir (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista);
 - iii. Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso).
 - b. **Entre 23 semanas até 23 semanas e 6 dias:**
 - i. Se foi conversado com os pais previamente, considerar a decisão dos pais, registrando adequadamente em prontuário.
 - ii. Se não houve a possibilidade de discussão prévia, definir sobre reanimação ao nascimento:
 - Reanimar se: FC > 40 bpm, aparentemente viável, sem malformações graves. Considerar parar reanimação e iniciar paliativos (em sala de parto mesmo se FC < 100 bpm após intubação e uma dose de adrenalina).
 - Oferecer apenas paliativos nos casos de: Nascer com FC < 40 bpm (sugere encefalopatia prévia), defeitos genéticos graves já conhecidos ou más-formações graves (SNC, cardíaco, pulmonar, renal).
 - iii. Paliativos:
 - Administrar morfina (intranasal, sublingual ou por punção direta do cordão umbilical): dose 0,1 mg/kg/dose, que ajuda no controle da dor, do sofrimento e da angústia respiratória.
 - Oferecer aos pais a possibilidade de pegar o feto no colo se peso > 400 g (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista).

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	3 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
Direção Técnica			

- Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso).
- No caso de manutenção da respiração acima de 1 hora, com percepção de que o tempo de sobrevivência pode se alongar, levar para sala de parto normal (se livre) ou para UTIN (isolamento), para continuar a receber os cuidados paliativos.
- Contato com a psicóloga para atendimento eletivo à gestante se ainda não foi realizado.


c. Após 24 semanas completas:

- i. Reanimar se indicado, com uso de adrenalina, massagem, etc.;
 - ii. Encaminhar a UTIN para receber os cuidados curativos e paliativos a depender da idade gestacional e da resposta inicial à reanimação, a critério do plantonista/diarista.
3. A declaração de óbito somente será preenchida pelo **pediatra** assim que constatado o óbito.

COMO PROCEDER DIANTE DE UM ABORTAMENTO (< 20 SEM E PESO ATÉ 499 G E ESTATURA ATÉ 24,5 CM) QUE TENHA SIDO CONSIDERADO NASCIDO VIVO (APRESENTOU SINAIS DE VIDA AO NASCIMENTO)?

1. A equipe de enfermagem deve preencher a declaração de nascido vivo (apesar de não entrar para estatística de mortalidade neonatal, pois é classificado como abortamento);
2. Manter na sala do nascimento, prestando apenas cuidados paliativos:
 - a. Administrar morfina (intranasal, sublingual ou por punção direta do cordão umbilical): dose 0,1 mg/kg/dose, que ajuda no controle da dor, do sofrimento e da angústia respiratória;
 - b. Oferecer aos pais a possibilidade de pegar o feto no colo, desde o peso seja maior que 400 g (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista);
 - c. Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso);
 - d. Contato com a psicóloga para atendimento eletivo à gestante, se ainda não foi realizado.
3. A família providencia posteriormente em cartório o registro de nascimento;
4. Após constatado o óbito (**independentemente do tempo de vida, mesmo que segundos**), o PEDIATRA deve preencher a declaração de óbito;
5. A família providenciará a certidão de óbito em cartório para providenciar o **sepultamento**;
6. No caso de recusa da família para o sepultamento ou de interesse manifestado dos pais, oferecer à família a possibilidade do corpo do feto ser encaminhado para doação para estudos na Universidade Tiradentes (UNIT): encaminhar o responsável legal para a gerente de enfermagem, que irá orientar e providenciar os trâmites legais para a doação.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	4 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

COMO PROCEDER DIANTE DE UM FETO (≥ 20 SEM OU PESO ≥ 500 G OU ESTATURA ≥ 25 CM) QUE TENHA SIDO CONSIDERADO ÓBITO FETAL (NATIMORTO) – SEM SINAIS DE VIDA AO NASCER?

1. Neste caso o OBSTETRA que fez o parto fica obrigado a preencher apenas a Declaração de Óbito diretamente (**não se preenche a DNV**).
2. Sobre o atendimento:
 - a. Caso solicitado pelos pais, pode-se permitir que peguem no colo, caso não exista deterioração da pele que desconfigure, e se peso > 400 g (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista);
 - b. Contato com a psicóloga para atendimento eletivo à gestante, se ainda não foi realizado.
3. A família emite a Certidão de Óbito em cartório (o nome será opcional) e procede-se o sepultamento.
4. No caso de recusa da família para o sepultamento ou de interesse manifestado dos pais, oferecer à família a possibilidade de este natimorto ser encaminhado para doação para estudos na Universidade Tiradentes (UNIT): encaminhar o responsável legal para a gerente de enfermagem, que irá orientar e providenciar os trâmites legais para a doação.
5. *Não tratar o feto como resíduo hospitalar.*
6. *Não encaminhar o feto para clínicas de patologia (apenas a placenta pode ser enviada).*


COMO PROCEDER DIANTE DE UM ABORTAMENTO (< 20 SEMANAS E PESO ATÉ 499 G E ESTATURA ATÉ 24,5 CM) QUE TENHA SIDO CONSIDERADO ÓBITO FETAL (NATIMORTO) – SEM SINAIS DE VIDA?

1. Nestes casos, o feto será considerado Resíduo Hospitalar e não se preenche nenhum documento (não preenche nem a declaração de óbito).
2. OBS.: Caso a família solicite (não será oferecido de rotina) uma declaração de óbito para proceder ao sepultamento, esta deverá ser preenchida pelo OBSTETRA pois esta situação é prevista na legislação atual.
3. Não poderá ser encaminhado para estudos na UNIT.
4. Pode ser encaminhado como peça cirúrgica para o serviço de patologia para análise.
5. Não encaminhar ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

QUAIS OS PRINCIPAIS CUIDADOS NO MOMENTO DE PREENCHER A D.O. NO CAMPO “CAUSAS DA MORTE” PARTE I (QUE DIZ RESPEITO À CAUSA DE MORTE PELO MÉDICO)?

1. **A causa base (doença ou lesão que INICIOU a cadeia de acontecimentos que culminou na morte) deve estar escrita na letra “d”;**
2. A cadeia de eventos subsequentes deve ser escrita de baixo para cima: Comece sempre pelo “d”, e SE NECESSÁRIO acrescentar a cadeia de eventos na ordem: “c – b – a”;
3. Não é necessário colocar o CID;
4. Não escrever Natimorto como causa base: colocar a causa provável que tenha levado ao óbito (ex.: sepsse materna);
5. Não escrever como causa final parada cardíaca ou PCR (visto que toda morte culmina com parada cardíaca) ou sintomas como insuficiência respiratória.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	5 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

Ex.: natimorto de gestante com sepse e posterior descolamento prematuro de placenta.

- a) --
- b) Anóxia fetal
- c) Descolamento prematuro de placenta
- d) Sepse materna

COMO PROCEDER EM CASO DE ERRO NO PREENCHIMENTO DA DNV OU DA DO?

1. Nunca rasurar, usar corretivo ou tentar apagar;
2. Se o erro foi no nome do pai ou da mãe, sexo, a DNV ou DO devem ser anuladas.
3. Se o erro foi em outros campos, procede-se da seguinte forma:
 - a. Reunir as vias da DNV ou DO (via branca, amarela e rosa);
 - b. No verso da DNV ou DO, escrever: RETIFICAÇÃO;
 - c. Anotar o item que está sendo retificado:
Ex.: Item: x "idade gestacional, onde está anotado 40 semanas, leia-se 38 semanas".
 - d. Assinar e carimbar nas três vias.

COMO PROCEDER EM CASO DE MORTE SÚBITA DE CAUSA DESCONHECIDA OU SEM POSSIBILIDADE DE ESTABELECE O NEXO CAUSAL PELA HISTÓRIA E AVALIAÇÃO DO INDIVÍDUO DURANTE O ATENDIMENTO?


1. Excluir caso de morte com suspeita de violência ou não natural (próxima pergunta);
2. Quando pensar em causas Desconhecidas sem possibilidade de estabelecer nexo causal:
 - a. a) natimortos (nascidos na CSH ou vindos de domicílio) onde não se consegue estabelecer nexo causal (usando história e exame físico) mesmo após contato com médico assistente ou nas pacientes sem médico assistente;
 - b. Casos de morte natural, ou seja, decorrentes de doença já existente;
 - c. Morte súbita em adulto jovem;
 - d. Óbitos domiciliares sem assistência médica e não suspeitos de causa externa;
 - e. Óbitos no setor de Urgência sem causa definida.
3. Registrar em prontuário médico o fato (CONSTATANDO o óbito ou natimortalidade);
4. O obstetra deve emitir um relatório sobre o caso, com história materna e da gestação/periparto para ser encaminhado ao SVO;
5. Não preencher a DO (deverá ser preenchida pelo médico do SVO);
6. Comunicar gerência de enfermagem para providenciar:
 - a. Documentação para encaminhamento ao SVO;
7. Solicitar relatório médico do atendimento caso tenha sido atendido por outro médico.

COMO PROCEDER EM CASO DE MORTES COM SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU NÃO NATURAI?

- I. **Morte provocada ou violenta: aquela causada por mecanismo externo, seja ele suicida, homicida ou acidental, por um acontecimento imprevisto, como atropelamento;**
- II. **Paciente com sinais de abuso sexual;**
- III. **Morte com suspeita de erro médico que tenha iniciado a cadeia de acontecimentos que culminaram com a morte do paciente.**

1. Quando suspeitar de morte violenta ou não natural:
 - a. Aspiração de vômitos e corpos estranhos em pessoas saudáveis;

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	6 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

- b. Choque anafilático sem história prévia de alergias;
 - c. Descarga elétrica;
 - d. Intoxicação por álcool, drogas, medicamentos, raticidas, produtos agrícolas;
 - e. Morte súbita em adultos jovens sem causa definida;
 - f. Queda da própria altura com fratura;
 - g. Presidiários;
 - h. Morte súbita em bebês que dormiam na mesma cama de adultos;
 - i. Estado avançado de decomposição;
 - j. Morte de desconhecido sem identidade;
 - k. Atropelamentos;
 - l. Suicídio;
 - m. Homicídio.
2. O médico que prestou atendimento na clínica (obstetra no caso de gestantes) deve emitir um relatório sobre o caso, com história materna e da gestação/periparto para ser encaminhado ao IML;
 3. Não preencher a DO (deverá ser preenchida pelo médico do IML);
 4. Comunicar gerência de enfermagem para providenciar:
 - a. Encaminhar o corpo ao IML para preenchimento da DO;
 - b. Encaminhar o responsável legal para a Delegacia de Polícia Civil, a fim de providenciar boletim de ocorrência (BO);

OBSERVAÇÃO: *em caso de recusa da família em encaminhar ao IML, comunicar ao diretor técnico para providenciar comunicado à autoridade policial ou ao Ministério Público, que deverão solicitar a perícia médico-legal.*


COMO PROCEDER DIANTE DE UMA MORTE DE PACIENTE INTERNADO OU MORTE DENTRO DO HOSPITAL ONDE TENHA RECEBIDO ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA PCR?

1. No caso de pacientes internados:
 - a. Preferencialmente o médico assistente preenche a DO;
 - b. Caso o médico assistente não consiga se dirigir para o local no momento, deve-se tentar pelo menos dados clínicos que facilitem o preenchimento da DO e deve ser preenchida:
 - i. Pacientes obstétricas e ginecológicas: pelo plantonista de obstetrícia;
 - ii. Pacientes neonatos e pediátricos: pelo plantonista da UTIN;
 - iii. Pacientes transeuntes ou colaboradores: pelo anestesista plantonista;
 - iv. Pacientes cirúrgicos não obstétricos (plástica): pelo coordenador do centro cirúrgico.

COMO PROCEDER EM CASO DE ATENDIMENTO DE PACIENTE OU RECÉM-NASCIDO QUE CHEGA EM ÓBITO, TENDO SIDO TRANSPORTADO POR MÉDICO EM AMBULÂNCIA?

1. A responsabilidade do médico que atual em serviço de transporte, remoção, emergência, quando dá o primeiro atendimento, equipara-se à do médico em ambiente hospitalar;
2. Em caso de óbito durante o transporte, caberá ao médico da ambulância o preenchimento da DO, se tiver informações suficientes para tal;

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.042	7 / 7
	EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (DO)	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

3. Em caso de dúvida ou suspeita de morte violenta, após chegada ao hospital, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO ou IML para emitir declaração, conforme critérios estabelecidos.

Referências bibliográficas

1. RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005 (Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)

Art. 1º *O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.*

b) *A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.*

Art. 2º. 2) *Morte fetal:*

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.
2. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

É vedado ao médico:

Art. 110 – *fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade;*

Art. 112 – *deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado por paciente ou seu responsável legal*

Art 114 - *atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto...*

Art 115 – *deixar de atestar obtido de paciente o qual vinha prestando assistência...*
3. Manual do Atestado de Óbito – CRMRS, segunda edição 2018
4. Manual de Reanimação do Prematuro < 34 semanas da SBP, 2016
5. Limits of viability: definition of the gray zone. Seri I, Evans J. J Perinatol. 2008 sp 1:S4-8

NÃO CONFORMIDADES

1. Médico que se recusa a preencher algum dos documentos;
2. Falta de DNV ou DO durante o plantão;
3. Rasura nos documentos.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
PATRICIA ISSIDA FUJINAMI ISHI TATIANA CARLA M. SANTANA MARCOS ALVES PAVIONE Comissão de Revisão de Óbitos	MARCOS ALVES PAVIAONE Diretor Técnico	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 27/08/2020	Data: 27/08/2020	Data: 21/09/2020