

Data da Revisão	Elaboração	Verificação	Aprovação Final
11/07/2022	Ana Paula Coimbra Israel	Marco Antônio Ribeiro Leão	Eliseu Albertin Teixeira

INTRODUÇÃO

A Morte Encefálica - ME é definida como a perda completa e irreversível das funções encefálicas. Em 1997, foram definidos no Brasil critérios clínicos e tecnológicos para constatação de ME, estes estabelecidos pela Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM Nº 1480, de 21 de agosto de 1997.

Os critérios são baseados na ausência da atividade cerebral, incluindo o tronco encefálico, disciplinados pelo CFM e, em atenção ao previsto no Art. 3 da Lei nº 9434/97, que considera a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes. Atendendo o Decreto Presidencial nº 9175/2017, no final de 2017 foi publicada a Resolução do CFM Nº 2173/2017, que atualizou os critérios para abertura do protocolo de Morte Encefálica e detalhou os procedimentos necessários para o fechamento do diagnóstico.

OBJETIVO

O diagnóstico de ME é obrigatório e a notificação é compulsória para a Organização à Procura de Órgãos - OPO/MG Transplantes. Os procedimentos para determinação da ME devem ser realizados em todos os pacientes em coma aperceptivo e apneia, independente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos.

Todo Médico deve saber fazer o diagnóstico de ME pelas seguintes razões:

- Conhecer a real situação do paciente (vivo ou morto);
- Passar informações seguras para os familiares acerca do seu parente ou ente;
- Evitar terapia inútil (distanásia);
- Reduzir custos e otimizar leitos de terapia intensiva;
- Oferecer à família a opção de ajudar outras pessoas por meio da doação de órgãos e tecidos.

SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina;

CIHDOTT – Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes;

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*;

CSSJD – Complexo de Saúde São João de Deus;

ME – Morte Encefálica;

OPO – Organização de Procura de Órgãos;

PaCO₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico;

PAM – Pressão Arterial Média;

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio;

PAS – Pressão Arterial Sistólica;

SNC – Sistema Nervoso Central;
UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
VM – Ventilação Mecânica.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Pré-Requisitos para Abertura do Protocolo

- a. Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar ME:
 - O diagnóstico da lesão causadora do coma deve ser estabelecido pela avaliação clínica e confirmado por exames de neuroimagem ou por outros métodos diagnósticos.
- b. Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de ME:
 - A Hipernatremia grave refratária ao tratamento não inviabiliza determinação de ME, exceto quando é a única causa do coma;
 - Ausência de intoxicação exógena ou depressores do sistema nervoso central.
- c. Tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a encefalopatia hipóxico-isquêmica for à causa primária do quadro, deverá ser aguardado um período mínimo de 24 horas após a parada cardiorrespiratória ou reaquecimento na hipotermia terapêutica, para iniciar a determinação de ME;
- d. Temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C;
- e. Sat. O₂ > 94%;
- f. Pressão arterial média (PAM) \geq 65 mmHg ou pressão arterial sistólica (PAS) \geq 100mmHg, em adultos ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos:

Idade	Pressão Arterial	
	Sistólica (mmHg)	PAM (mmHg)
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 a 15 anos	90	65

Atenção: Uso de Depressores do Sistema Nervo Central

O intervalo entre a suspensão dos depressores do Sistema Nervoso Central - SNC e a abertura do protocolo de Morte Encefálica é determinado pela meia-vida da droga, forma de infusão (intermitente ou contínua) e presença de insuficiência renal ou hepática e de hipotermia terapêutica.

- Administração intermitente (menos de 4 doses/24 horas): intervalo de 3 meia-vidas;

- Administração contínua ou intermitente (mais de 3 doses intermitentes/24 horas): intervalo de 5 meias-vidas.;
- Nos casos de exposição intermitente ou contínua aos depressores do SNC, utilizar preferencialmente prova complementar gráfica de fluxo;
- Na insuficiência hepática ou renal ou nos pacientes submetidos à Hipotermia terapêutica: determinar o intervalo individualmente, levando em consideração à gravidade da disfunção. Idealmente, deve-se iniciar a contagem do intervalo de “suspensão dos sedativos” após a correção da hipotermia. Nos casos de insuficiência hepática ou renal, avaliar a dosagem sérica dos sedativos;
- Nos casos de barbitúrico endovenoso, é altamente recomendável a dosagem sérica dos barbitúricos e/ou realização de prova de fluxo;
- A causa do coma aperceptivo e arreflexo não deve ser relacionada com as medicações depressoras do SNC que não apresentem potencial para causar coma arreflexivo, quando forem utilizados em doses terapêuticas usuais. Exemplos: fenobarbital enteral, benzodiazepínicos orais, fenitoína, clonidina, dexmedetomidina e morfina;
- Níveis séricos abaixo dos níveis terapêuticos permitem excluir os depressores do SNC como causadores do coma, quando disponíveis.

Principais depressores do sistema nervoso central e intervalo entre a descontinuação e a abertura do protocolo de Morte Encefálica:

Agente	Tempo de 1/2 vida	Intervalos	
		Dose única ou D.Intermitente	D.Intermitente >3 ou Infusão contínua
Midazolam	2 horas	6 horas	10 horas
Diazepam (>20mg/dia)	45 horas	135 horas	225 horas
Fentanil	2 horas	6 horas	10 horas
Tiopental	12 horas	36 horas	60 horas
Halotano	15 minutos	45 minutos	1 hora e 15 minutos
Isoflurano	10 minutos	30 minutos	50 minutos
Sevoflurano	12 minutos	36 minutos	1 hora
Succinilcolina	10 minutos	30 minutos	50 minutos
Pancurônio	2 horas	6 horas	10 horas
Atracúrico	20 minutos	1 hora	1 hora e 40 minutos
Cisatracúrio	22 minutos	1 hora e 6 minutos	1 hora e 50 minutos
Vecurônio	1 hora e 5 minutos	3 horas e 15 minutos	5 horas e 25 minutos
Rocurônio	1 hora	3 horas	5 horas
Etomidato	3 horas	9 horas	15 horas
Quetamina	2 horas e 30 minutos	7 horas e 30 minutos	12 horas e 30 minutos
Propofol	2 horas	6 horas	10 horas

É obrigatória a realização mínima dos seguintes procedimentos para determinação da Morte Encefálica:

- Dois exames clínicos que confirmem coma aperceptivo e ausência de função do tronco encefálico;

- Teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios;
- Exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

Exame Clínico:

Os exames clínicos deverão ser realizados por Médicos capacitados a realizar esse procedimento para determinação de ME, conforme orientação do Conselho Federal de Medicina.

Serão realizados dois exames clínicos por Médicos diferentes. Preferencialmente, o segundo exame clínico deverá ser realizado por um especialista em Neurologia. O intervalo entre os testes varia de acordo com a idade do paciente.

Atenção: Para a realização do exame clínico deve-se observar os pré-requisitos: temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C; Sat. O₂ > 94% e pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg ou pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 100 mmHg.

Intervalo de tempo mínimo para a realização dos testes clínicos, segundo a idade do paciente:

Idade	Intervalo de tempo mínimo entre exames
De 7 dias a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 1 ano incompleto	12 horas
Acima de 2 anos	1 hora

Para o diagnóstico clínico de Morte Encefálica, todos os critérios abaixo devem ser obedecidos:

1. Coma aperceptivo e arreativo: Ausência de resposta motora supraespinal a estímulos dolorosos padronizados (pressão em região supraorbital ou temporomandibular). Reflexos medulares não afastam o diagnóstico de Morte Encefálica, tais como: reflexos osteotendinosos, cutâneo plantar em flexão ou extensão, cremastérico, ereção peniana, arrepios, opistótono e sinal de Lazarus;

2. Ausência de reflexos de tronco encefálico - Os reflexos de tronco devem ser avaliados como segue abaixo:

- **Reflexo pupilar:** contração pupilar a estímulo luminoso em ambos os olhos, usualmente com pupilas médio-fixas ou dilatadas. Anormalidades pupilares pré-existentes ou cirurgias prévias podem interferir na avaliação;
- **Reflexo corneal:** resposta de defesa ou fechamento da pálpebra a estimulação não traumática da córnea (gota de salina 0,9% ou algodão);
- **Reflexo oculocefálico:** enquanto os olhos do paciente são mantidos abertos, a cabeça deve ser rotacionada para ambos os lados. Quando o reflexo é ausente, os olhos acompanham a rotação da cabeça, sem haver movimentação das órbitas. "Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeitada ou confirmada";

- **Reflexo oculovestibular:** primeiro, deve confirmar a integridade da membrana timpânica e a perviedade do meato auditivo. A cabeça do paciente é mantida em posição neutra e elevada a 30°C. Infundir lentamente no meato auditivo externo 50 ml de água fria. Quando o reflexo é ausente, os olhos não se movimentam até 1 minuto de observação. O intervalo de avaliação de cada ouvido é de 3 minutos. Em crianças menores de 2 anos, o volume de água fria pode ser reduzido;

- **Reflexo de tosse:** reação de tosse, náusea, sucção, movimentação facial ou deglutição durante estimulação da Carina traqueal através da inserção de uma cânula de aspiração pelo tubo orotraqueal;

Atenção: Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos, sendo possível o exame em um dos lados e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de Morte Encefálica. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário.

3. Teste de Apneia

O teste de apneia é obrigatório na determinação da ME. Deverá ser realizado uma única, vez por um dos Médicos responsáveis pelo exame clínico, e comprovar ausência de movimentos respiratórios após a estimulação máxima do centro respiratório pela Hipercapnia.

Atenção: Para realização do teste de apneia devem-se observar os pré-requisitos:

O teste de apneia é considerado positivo se **PaCO₂ > 55 mmHg** na gasometria PÓS-TESTE e o paciente não apresentar qualquer movimento respiratório durante o período de observação.

O teste de apneia deve ser realizado, seguindo os passos abaixo:

- Pré-oxigenar o paciente na Ventilação Mecânica - VM por 10 minutos com FiO₂ 100% para atingir idealmente PaO₂ >200mmHg;
- Ajustar a frequência do ventilador para obter Normocapnia (pCO₂ entre 35-45 mmHg);
- Coletar gasometria arterial pré-teste;
- Desconectar o ventilador;
- Estabelecer fluxo contínuo de O₂ por um cateter intratraqueal ao nível da Carina (6L/min), ou tubo T (12L/min) ou CPAP (até 12 l/min + até 10 cmH₂O);
- Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos;
- Coletar gasometria pós-teste;
- Reconectar o ventilador. Manobras de recrutamento alveolar podem ser necessárias, após a realização do teste de apneia.

Observação:

- Se houver queda importante da saturação O₂ (SpO₂ < 85% por > 30 segundos) ou queda da pressão

arterial (PAS < 100 mmHg ou PA média < 65 mmHg, não reversível) ou arritmia cardíaca grave; deve-se coletar a gasometria no momento da intercorrência (mesmo não tendo completado os 8-10 minutos) e reconectar o paciente ao ventilador. O teste é considerado positivo se a gasometria pós-teste apresentar PaCO₂ > 55 mmHg;

- Estabilizar o paciente e repetir o teste caso o PaCO₂ não tenha atingido 55 mmHg e o paciente não tenha apresentado movimento respiratório. Não há intervalo de tempo obrigatório para um novo teste de apneia. O teste deve ser repetido assim que o paciente apresentar melhora hemodinâmica e respiratória;
- Se em qualquer momento o paciente apresentar movimento respiratório, deve-se reconectar o ventilador. Nesta situação, o teste de apneia é considerado negativo para Morte Encefálica;
- Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO₂, sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que não toleraram a desconexão do ventilador;
- Conectar ao tubo orotraqueal uma "peça em T" acoplada a uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) com 10 cm H₂O e fluxo de oxigênio a 12L/minuto;

Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H₂O e fluxo de oxigênio entre 10-12 /minuto. O teste de apneia não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP, o que resulta em hipoxemia.

Exame Complementar

Segundo a legislação brasileira, é necessária a realização de um teste complementar as avaliações clínicas para o diagnóstico de morte encefálica. O teste complementar deve ser realizado a qualquer momento do protocolo; A metodologia a ser utilizada na realização do exame deverá ser específica para determinação de ME e o laudo deverá ser elaborado por escrito e assinado por profissional com comprovada experiência e capacitado no exame nessa situação clínica.

Os tipos de exames complementares validados pelo CFM:

- Doppler transcraniano;
- Arteriografia cerebral;
- Cintilografia cerebral;
- Eletroencefalograma - EEG: Provas de Atividade elétrica.

Observações:

- O EEG é o exame preferencial em caso de craniectomia descompressiva;
- Em caso de desordens metabólicas graves, hipotermia ou uso de depressores do sistema nervoso central; as

provas de FLUXO são indicadas;

- Caso um primeiro exame não seja compatível com Morte Encefálica, a repetição do exame deve ser realizada em 24-48 horas, sem inviabilizar o protocolo. Não é necessária a repetição dos exames clínicos ou do teste de apneia.

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

- O Termo de Declaração de Morte Encefálica – TDME (Anexos/Apêndice) deve estar completo e corretamente preenchido, assinado e preferencialmente carimbado pelo Médico executor de cada teste, inclusive com os dados da prova gráfica;
- Deve ser considerada para fins de registro do teste de apneia, a data/hora da coleta da gasometria pós-teste de apneia;
- Deve ser considerada para fins de registro da prova complementar, a data/hora de realização do teste;
- Todos os testes (clínicos, apneia e complementares) devem ser registrados no prontuário do paciente;
- O TDME deve ser imediatamente enviado à OPO/MG Transplantes, juntamente com os resultados dos testes de apneia, o laudo do exame complementar.

ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES OU RESPONSÁVEL LEGAL DO PACIENTE

Conforme Anexo I da Resolução do CFM nº 2173/2017, os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe Médica Assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME nos pacientes que apresentam os critérios de elegibilidade do Protocolo de Morte Encefálica, e todas as suas etapas devem ser registradas no prontuário.

CONDUTA

Cabe à equipe assistente, informar a CIHDOTT a abertura do protocolo para que ela possa acompanhar o processo e notificar OPO/MG Transplantes.

RESPONSABILIDADES

Médico Intensivista: Identificação do paciente com critérios de Morte Encefálica, avaliação clínica, notificar a CIHDOTT, solicitação de exame de imagem, abertura da AIH, realização dos exames clínicos e teste apneia, solicitação de exames laboratorial e imagem para avaliação da elegibilidade, manutenção clínica do potencial doador, proceder ao registro de todas as atividades, comunicação com os familiares das etapas do processo e óbito, preenchimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica e da Declaração de Óbito e/ou encaminhamento do IML, quando necessário.

Unidade de Internação: UTI.

Neurologista: Avaliação clínica e realização do exame complementar e preferencialmente realizar o segundo exame clínico, proceder ao registro de todas as atividades.

Unidade de Internação: UTI.

Enfermagem: Repasse de informações referente busca ativa, notificação da abertura do protocolo à CIHDOTT, avaliação, manutenção e prescrição de Enfermagem, assistência ao Médico durante realização dos exames, coleta de exame laboratorial e sorologia, acompanhamento do protocolo de morte encefálica, solicitação de materiais e medicamentos;

Unidade de Internação: UTI.

CIHDOTT: Realizar a busca ativa, identificação e avaliação do potencial doador, notificação junto à OPO, viabilizar e acompanhar o diagnóstico de ME, orientação sobre exames a serem solicitados para avaliação de elegibilidade, acolhimento e entrevista familiar para investigar história médica e social, acompanhamento dos familiares durante o protocolo, anamnese detalhada no prontuário, entrevista com a finalidade de informar e o consentimento para doação dos órgãos, viabilizar o exame complementar, exame físico do potencial doador, proceder ao registro de todas as atividades, preenchimentos dos documentos referentes ao processo e arquivar e guardar os documentos relativos ao doador, articular com o respectivo IML.

Laboratório: Liberação dos exames laboratoriais.

Unidade de Internação: UTI.

Farmácia Clínica: Liberação de materiais e medicamentos.

Unidade de Internação: UTI.

Fisioterapia: Manutenção clínica do paciente, organização do leito para realização do eletroencefalograma e coleta de material para exames.

Unidade de Internação: UTI.

Serviço Social: Acolhimento familiar;

Unidade de Internação: UTI.

Psicologia: Acolhimento familiar;

Unidade de Internação: UTI.

ITENS DE CONTROLE

Definição de indicadores para permitir o monitoramento da aplicação do protocolo, acompanhando e avaliando a efetividade e adesão do mesmo pela instituição.

Exemplo: Percentual de notificação de pacientes com critérios de Morte Encefálica à OPO:

$$= \frac{\sum n^{\circ} \text{ de pacientes com critérios de morte encefálica mês}}{\sum n^{\circ} \text{ de notificações de pacientes com critérios de morte encefálica à OPO no mês}}$$

RISCOS ASSISTENCIAIS

- Dificuldade na manutenção clínica do paciente;
- Demora na execução do protocolo;
- Sepses não tratada no momento da doação;
- Instabilidade clínica do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto Nº 9.175, de 18 de outubro de 2017;
- Lei Nº 9.434 de 04 de Fevereiro de 1997;
- Orientação para o diagnóstico de Morte Encefálica de agosto/2018 – MG Transplantes/FHEMIG;
- Resolução Conselho Federal de Medicina Nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.480, de 21 de agosto de 1997.

FLUXOGRAMA

Não se aplica.

ANEXOS E/OU APÊNDICE



Termo de Declaração de Morte Encefálica
[TME.01/03]

nº _____

HOSPITAL:		CNES:	
Município:	UF:	Registro hospitalar do paciente:	
NOME:		Data de nascimento:	
Documento de identidade – Tipo:		Número:	
Sexo: () M () F	Mãe:		

CAUSA DO COMA	
A. Diagnóstico Principal:	CID: _____
B. Diagnóstico Secundário:	CID: _____
C. Confirmação: TC () RM () Angiografia () Doppler transcraniano () Líquor () EEG () Outro: _____	
Não iniciar o protocolo de diagnóstico de morte encefálica se a causa do coma é desconhecida. Se a resposta for NÃO a qualquer dos itens abaixo, não iniciar o protocolo.	
Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?	SIM () NÃO ()
Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?	SIM () NÃO ()
Tratamento e observação hospitalar ≥6 horas ou ≥24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?	SIM () NÃO ()
Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares?	SIM () NÃO ()
Temperatura corporal > 35°C + SatO2 > 94% + PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)?	SIM () NÃO ()

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL		INTERVALO ENTRE EXAMES CLÍNICOS	
	SISTÓLICA	PAM	IDADE	MÍNIMO
Até 5 meses incompletos	60	43	7 dias completos (RN a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60		12 horas
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62	De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
De 7 anos a 15 anos	90	65	Mais de 24 meses	1 hora
16 anos em diante	100	65		

EXAME CLÍNICO 1º EXAME	Data: ___/___/___ Hora: ___:___	Médico/CRM/Assinatura:
Coma não perceptivo	PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____ SIM () NÃO ()	
Exame neurológico (reflexos):	Direito Esquerdo	Médico em capacitação/CRM/Assinatura:
Pupilas fixas e arreativas	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo córneo-palpebral	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo óculo-cefálico	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	Justifique o motivo de não ter testado (NT) o reflexo:
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo da tosse	SIM () NÃO ()	
EXAME CLÍNICO 2º EXAME	Data: ___/___/___ Hora: ___:___	Médico/CRM/Assinatura:
Coma não perceptivo	PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____ SIM () NÃO ()	
Exame neurológico (reflexos):	Direito Esquerdo	Médico em capacitação/CRM/Assinatura:
Pupilas fixas e arreativas	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo córneo-palpebral	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo óculo-cefálico	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	Justifique o motivo de não ter testado (NT) o reflexo:
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	SIM() NÃO() NT() SIM() NÃO() NT()	
Ausência de reflexo da tosse	SIM () NÃO ()	

TESTE DE APNEIA (EXAMINADOR 1 OU 2)	PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____	Data: ___/___/___ Hora: ___:___
	PaCO ₂ inicial: _____ PaCO ₂ final: _____	Médico/CRM/Assinatura:
	PaO ₂ inicial: _____ PaO ₂ final: _____	
Ausência de movimentos respiratórios com paCO ₂ > 55mmHg? SIM () NÃO ()		

EXAME COMPLEMENTAR	PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____	Data: ___/___/___ Hora: ___:___
() Angiografia () Cintilografia () Doppler transcraniano () Eletroencefalograma () Outro: _____		
Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica?	SIM () NÃO ()	
Transcrição da conclusão final do exame complementar:	Médico/CRM/Assinatura:	

ITENS DE CONTROLE

Data Inicial		Elaboração		Verificação	Aprovação
-	-	-	-	-	-
Data	Versão	Item	Atualização	Responsável pelas alterações	
-	-	-	-	-	