

PROTOCOLO DE INDUÇÃO DO PARTO

1. Objetivos e Definições Fundamentais

- **Objetivo Geral:** Padronizar as indicações, a triagem de risco pré-indução, a avaliação prévia, a escolha de métodos mecânicos e farmacológicos, a monitorização e os critérios de falha da indução do trabalho de parto, garantindo a segurança materno-fetal e reduzindo intervenções desnecessárias e cesarianas sem indicação clínica.
- **Resolução da Gestação:** Decisão clínica de definir a interrupção da gravidez com base em condições maternas ou fetais. Não equivale nem obriga à indicação de parto cesáreo.
- **Indução do Trabalho de Parto:** Utilização de métodos farmacológicos e/ou mecânicos para deflagrar as contrações uterinas e o apagamento/dilatação cervical antes do seu início espontâneo, quando a via vaginal é viável e apropriada.
- **Maturação Cervical (Preparo do Colo):** Processo de preparação do colo uterino desfavorável (em geral, Escore de Bishop ≤ 6) para torná-lo macio, apagado e dilatável antes ou durante a indução propriamente dita.
- **Falha de Indução:** Impossibilidade de atingir a fase ativa do trabalho de parto após tentativa adequada e prolongada (definida pela FIGO 2023 por pelo menos 15 horas de infusão de ocitocina com membranas rotas ou ciclo adequado de maturação cervical sem progressão). Não deve ser confundida com interrupção de emergência por sofrimento fetal ou instabilidade materna.

2. Triagem de Risco e Adequação do Serviço

A indução do parto deve ser realizada em ambiente com infraestrutura e equipe técnica adequadas à complexidade da gestante:

A. Checklist de Admissão e Adequação Local

1. **Confirmação da Idade Gestacional:** Validar por ultrassonografia precoce de 1º trimestre e DUM confiável. Verificar se o serviço possui capacidade para admissão do recém-nascido na idade gestacional estimada.
2. **Infraestrutura Mínima Exigida:** Serviços que realizam indução devem possuir centro cirúrgico com capacidade para cesárea de emergência, reserva de sangue/hemocomponentes e retaguarda de Unidade de Terapia Intensiva (UTI Materna e Neonatal/UTIN) conforme o nível de risco.
3. **Triagem de Risco para Hemorragia Pós-Parto (HPP):** Mapear ativamente presença de: HPP prévia, anemia ($Hb < 10 \text{ g/dL}$), gestação gemelar, estimativa de peso fetal $> 4.000 \text{ g}$, polidramnio, coagulopatias, uso de anticoagulantes, espectro do acretismo placentário, plaquetopenia ($< 100.000/\mu\text{L}$), IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$, miomas uterinos $> 5 \text{ cm}$ e corioamnionite. Diante de alto risco para HPP, providenciar tipagem sanguínea, reserva de sangue e acesso venoso calibroso.

B. Fatores de Risco de Falha na Indução e Contraindicações

- **Fatores que Aumentam a Taxa de Falha de Indução Eletiva:** Ausência ou escassez de pré-natal, obesidade materna ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), idade materna ≥ 35 anos, macrossomia fetal e gestações decorrentes de fertilização in vitro (FIV).

• **Contraindicações Agudas à Indução:** Comprometimento fetal ou materno grave (estado não tranquilizador / CTG Categoria III), apresentação fetal não cefálica (pélvica ou situação transversa com apresentação córmica), prolapso ou procidência de cordão umbilical, placenta prévia ou vasa prévia e infecção ativa por herpes genital no canal de parto.

• **Contraindicações Relacionadas a Antecedentes Uterinos:** Cesárea prévia corporotômica/longitudinal clássica, histerotomia de alto risco, rotura uterina prévia ou antecedentes de cirurgias uterinas de grande porte com abertura de cavidade endometrial.

3. Indicações Clínicas e Idade Gestacional para Resolução

A indicação e o momento ideal para a resolução da gestação fundamentam-se no equilíbrio entre os riscos da manutenção da gravidez e os benefícios do nascimento. A tabela a seguir consolida as idades gestacionais recomendadas de acordo com a patologia materna ou fetal:

Condição Clínica	Momento / Conduta de Resolução	Diretriz de Referência
Baixo Risco / Gestação Prolongada	Oferecer/programar indução a partir de 41+0 semanas (não ultrapassar 42+0). Reduz mortalidade perinatal (estudo SWEPIIS).	MS; FEBRASGO; FIGO 2023
Indução Eletiva a partir de 39+0 sem	Permitida em nulíparas de baixo risco mediante decisão compartilhada e serviço estruturado (estudo ARRIVE).	FIGO 2023; ACOG
Hipertensão Gestacional	Oferecer resolução a partir de 37+0 semanas, após discussão de riscos e benefícios.	RBEHG 2025; FEBRASGO
Pré-eclâmpsia sem Deterioração	Conduta expectante até 37+0 semanas; no termo (≥ 37 sem), indicar resolução.	RBEHG 2025; FEBRASGO 2025
Pré-eclâmpsia com Deterioração	Resolução imediata independentemente da IG, após estabilização materna com $MgSO_4$.	RBEHG 2025; FEBRASGO 2025
Hipertensão Arterial Crônica (HAC) Leve	Resolução entre 40+0 e 41+0 semanas (PAD 90–99 mmHg).	FEBRASGO 2024; FIGO 2023
HAC Moderada / Grave	Resolução com 38+0 sem (Moderada) ou 37+0 sem (Grave com PAD ≥ 110 mmHg).	FEBRASGO 2024 / HAC
DMG A1 (dieta, bom controle)	Não antecipar antes de 39+0 sem; aguardar até 40+6 sem se controle mantido.	FEBRASGO; FIGO 2023
DMG A2 (farmacológico, bom controle)	Programar entre 39+0 e 39+6 semanas.	FEBRASGO; FIGO 2023
Diabetes Pré-gestacional c/ complicações	Induzir entre 37+0 e 38+0 semanas se houver nefropatia, PE ou macrosomia.	FIGO 2023; FEBRASGO
RPM no Termo ($\geq 37+0$ semanas)	Internação para conduta ativa de indução. Se EGB+, indução imediata c/ ATB.	MS 2022; FIGO 2023
RPM Pré-termo (34–36+6 semanas)	Individualizar conduta expectante vs. indução após profilaxia para EGB.	FEBRASGO 2023
RCF — PIG P3–P10 (Doppler normal)	Considerar indução com 40+0 semanas.	MS 2022

Condição Clínica	Momento / Conduta de Resolução	Diretriz de Referência
RCF Estágio 1 / Estágio 2	Resolução com 38+0 sem (Estágio 1) ou 37+0 sem (Estágio 2). Cesárea se AREDV.	MS 2022; FIGO 2023
Oligodramnio Isolado	Induzir quando maior bolsão vertical (DVP) < 2 cm no termo.	FIGO 2023
Colestase Obstétrica (<40 µmol/L)	Resolução com 39+0 semanas.	FIGO 2023; FEBRASGO
Colestase Obstétrica (40–99 µmol/L)	Resolução entre 37+0 e 38+0 semanas.	FIGO 2023; FEBRASGO
Colestase Obstétrica (≥100 µmol/L)	Resolução entre 35+0 e 36+0 semanas.	FIGO 2023; FEBRASGO
Gemelar Monocoriônica Diamniótica	Resolução com 36+0 semanas.	FEBRASGO 2023
Gemelar Monocoriônica Monoamniótica	Resolução entre 32 e 34 semanas (em geral via cesárea).	FEBRASGO 2023

4. Contraindicações Absolutas e Relativas à Indução e ao Parto Vaginal

A indução do trabalho de parto está contraindicada quando houver impedimento ao parto vaginal ou necessidade de nascimento imediato incompatível com o tempo de indução:

1. Placenta prévia oclusiva total ou vasa prévia.
2. Situação fetal transversa ou apresentação córmica persistente.
3. Prolapso ou procidência de cordão umbilical com feto vivo.
4. Cicatriz uterina corporal/clássica prévia, histerotomia de alto risco ou rotura uterina prévia.
5. Infecção ativa por Herpes Genital no momento do trabalho de parto.
6. Comprometimento grave do bem-estar fetal (Cardiotocografia Categoria III / Padrão Patológico).

7. Restrição Absoluta ao Misoprostol: O uso de misoprostol no 3º trimestre com feto vivo é rigorosamente contraindicado em gestantes com cesárea prévia (mesmo segmentar) devido ao elevado risco de ruptura uterina.

5. Avaliação Pré-Indução Obrigatória e Escore de Bishop

Antes do início de qualquer procedimento de indução, registrar obrigatoriamente no prontuário:

1. Confirmação da Idade Gestacional baseada em ultrassonografia precocíssima de 1º trimestre.
2. Exame físico obstétrico: confirmação da apresentação cefálica e descarte de desproporção cefalopélvica.
3. Rastreio e profilaxia para Estreptococo do Grupo B (EGB).
4. Avaliação da vitalidade fetal por Cardiotocografia (CTG) de admissão.
5. Cálculo do Escore Cervical de Bishop: Determina a escolha do método de indução (mecânico, prostaglandinas ou ocitocina).

Tabela do Índice de Bishop

Parâmetro Cervical	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Dilatação (cm)	Fechado	1 – 2	3 – 4	≥ 5

Parâmetro Cervical	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Apagamento / Comprimento	0 – 30% (>3 cm)	40 – 50% (2 cm)	60 – 70% (1 cm)	≥ 80% (<1 cm)
Altura do Apagamento (De Lee)	-3	-2	-1 / 0	+1 / +2
Consistência do Colo	Firme	Média	Macia	—
Posição do Colo	Posterior	Intermediária	Anterior	—

- **Colo Desfavorável (Escore de Bishop ≤ 6):** Indicação obrigatória de métodos de maturação cervical (misoprostol vaginal ou cateter de Foley mecânico) antes da ocitocina.
- **Colo Favorável (Escore de Bishop > 6):** Pode-se prosseguir diretamente para a indução com ocitocina e/ou amniotomia.

6. Métodos de Maturação Cervical (Bishop ≤ 6)

A. Misoprostol Vaginal

- **Nota de Disponibilidade Comercial e Segurança Técnica (Brasil):** No Brasil, o misoprostol está aprovado para uso obstétrico exclusivamente na apresentação de comprimidos vaginais (25 µg e 200 µg). A solução/comprimidos para administração por via oral (VO) não estão disponíveis no mercado farmacêutico nacional e, portanto, foram integralmente **EXCLUÍDOS** deste protocolo institucional.
- **Regime Vaginal Padronizado (FIGO 2023 / FEBRASGO):**
 - Dose e Frequência: Administrar **25 µg por via vaginal a cada 4 a 6 horas**.
 - Limite Institucional: Máximo de 6 doses em 24 horas (150 µg/dia) ou até 8 doses em 48 horas.
 - Monitorização: Realizar Cardiotocografia (CTG) por 30 minutos antes e após cada aplicação. Avaliar dinâmica uterina e FCF a cada hora.
 - Critérios de Suspensão do Misoprostol: Suspender imediatamente se houver contrações efetivas (≥ 3 em 10 minutos), atingimento da fase ativa (≥ 5 cm de dilatação), taquissistolia ou alteração da FCF.
 - Intervalo de Segurança para Ocitocina: Aguardar no mínimo **4 a 6 horas** após a última dose vaginal de misoprostol antes de iniciar a infusão de ocitocina (FIGO 2023).
 - Contra-indicação Absoluta: Proibido em gestantes com cicatriz uterina/cesárea prévia.

B. Métodos Mecânicos (Sonda / Cateter de Foley Transcervical)

- **Indicação Principal:** Método de primeira escolha em gestantes com **cesárea prévia segmentar transversa** (evita risco de rotura por prostaglandinas) e em colos muito desfavoráveis.
- **Técnica de Inserção:** Sonda Foley 16–18F introduzida no canal cervical além do orifício interno; insuflar o balão com **30 a 60 mL** de Soro Fisiológico 0,9%.
- **Permanência e Tração:** Fixar na coxa sob leve tração por até **12 a 24 horas** ou até a expulsão espontânea.
- **Métodos Combinados:** Em gestantes sem cesárea prévia com colos extremamente rígidos, o uso concomitante de Foley + misoprostol vaginal reduz significativamente o tempo até o parto em comparação com métodos isolados.
- **Associação:** Após eliminação da sonda, se o colo atingir Bishop > 6, inicia-se a infusão de ocitocina e/ou amniotomia.

7. Métodos de Indução do Trabalho de Parto (Bishop > 6)

A. Infusão de Ocitocina

- **Preparo da Solução Padronizada:** Diluir 5 UI de Ocitocina em 500 mL de Soro Fisiológico 0,9% (concentração de 10 mUI/mL).
- **Regime de Baixa Dose em Bomba de Infusão Contínua (BIC):**
 - Dose Inicial: Iniciar com **1 a 2 mUI/min** (6 a 12 mL/h em BIC).
 - Titulação: Aumentar 1 a 2 mUI/min a cada 30 minutos até atingir o padrão contrátil ideal (3 a 5 contrações em 10 minutos, durando 40 a 60 segundos).
 - Dose Máxima de Referência: **20 mUI/min** (120 mL/h). Em gestantes com cesárea prévia (TOLAC), a dose máxima deve ser limitada a **15 mUI/min** (90 mL/h) com vigilância estrita.
 - Descontinuação na Fase Ativa: A FIGO 2023 sugere que, ao atingir a fase ativa com dinâmica adequada, a ocitocina pode ser descontinuada para reduzir o risco de hiperestimulação.
- **Intervalo de Segurança Pós-Misoprostol:** Aguardar no mínimo 6 horas após a última dose vaginal de misoprostol antes de iniciar a ocitocina.
- **Atenção nas Síndromes Hipertensivas:** A ocitocina possui efeito antidiurético em doses elevadas; utilizar soluções isotônicas (SF 0,9%) e realizar balanço hídrico rigoroso.

B. Amniotomia

- **Indicação:** Amniotomia isolada ou combinada com ocitocina quando o colo estiver favorável (Bishop > 6) e o polo cefálico estiver bem apoiado e encaixado na bacia. Evitar amniotomia precoce com cabeça alta devido ao risco de prolapso de cordão. Não é recomendada de rotina de forma precoce ou isolada apenas para encurtar o trabalho de parto fisiológico, mas é eficaz como adjuvante à ocitocina na falha de progressão.

8. Manejo Específico nas Síndromes Hipertensivas e Condições de Alto Risco

A. Pré-eclâmpsia (Protocolos RBEHG 2025 e FEBRASGO 2025)

1. **Sem Sinais de Deterioração:** Manter conduta expectante hospitalar e vigilância intensiva até 37+0 semanas. Monitorar PA (manter < 140/90 mmHg com anti-hipertensivos orais), sintomas e exames laboratoriais (hemograma, transaminases, creatinina, DHL, ácido úrico) semanalmente. Utilizar a calculadora fullPIERS para estimativa de risco materno. Chegada ao termo (≥37 sem): indicar indução por via vaginal com misoprostol/Foley se colo desfavorável.
2. **Sinais de Deterioração (Resolução Independente da IG):** Síndrome HELLP, Eclâmpsia/Sineclâmpsia, Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), Hipertensão Refratária (≥3 drogas), Edema Agudo de Pulmão, Insuficiência Renal Progressiva e Vitalidade Fetal Comprometida (Doppler com diástole zero/reversa, Ducto Venoso PI > P95 ou CTG anormal).
3. **Neuroproteção Materna:** Estabilização materna imediata com Sulfato de Magnésio (MgSO₄) (Esquema de Zuspan ou Pritchard) para prevenção/tratamento de convulsões.
4. **Corticoterapia Antenatal:** Betametasona 12 mg IM (2 doses com intervalo de 24h) entre 24+0 e 34+0 semanas se houver previsão de nascimento nas próximas 48 horas.
5. **Neuroproteção Fetal:** MgSO₄ para gestações entre 24+0 e 31+6 semanas no nascimento iminente.
6. **Via de Parto e Cuidados Anestésicos:** Se estabilidade e vitalidade fetal preservada com colo favorável, induzir. Se colo muito desfavorável e deterioração grave, a via alta (cesárea) é

justificável. Na Síndrome HELLP, para anestesia neuraxial, contagem de plaquetas deve ser $\geq 70.000/\text{mm}^3$. Se $< 70.000/\text{mm}^3$, indicar anestesia geral e transfusão de plaquetas.

B. Ruptura Prematura de Membranas no Termo (RPM ≥ 37 semanas)

- **Conduta Ativa:** Internação e conduta ativa imediata com indução (ocitocina ou misoprostol se colo desfavorável) diminuem infecção materna/neonatal e tempo de internação. Profilaxia antibiótica para EGB indicada se tempo de latência ultrapassar 18 horas.

9. Monitorização, Manejo da Taquissistolia

- **Frequência de Ausculta Fetal Intermitente:** Auscultar a FCF a cada 15–30 minutos na fase ativa e a cada 5–15 minutos no período expulsivo, sempre antes, durante e por 60 segundos após a contração.
- **Cardiotocografia Contínua:** Obrigatória em gestações de alto risco, uso de ocitocina, presença de mecônio, pós-bloqueio anestésico ou durante o uso de misoprostol.
- **Definição de Taquissistolia:** Presença de mais de 5 contrações em 10 minutos em uma janela média de 30 minutos.
- **Conduta Imediata na Taquissistolia / Hipertonia:**
 1. Suspender ou reduzir imediatamente a ocitocina / remover resíduos vaginais de misoprostol.
 2. Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo (alivia compressão aortocava).
 3. Iniciar hidratação venosa isotônica (SF 0,9%).
 4. Administrar oxigênio sob máscara apenas se houver hipoxia/desacelerações sustentadas.
 5. Se persistir a hipertonia/taquissistolia com alteração da FCF, considerar tocolítico de ação rápida. Reversão Farmacológica / Tocolíticos: Terbutalina 0,25 mg SC/IV ou Nifedipina sublingual/oral.

10. Critérios de Falha de Indução

Para evitar diagnósticos precipitados de falha e cesarianas desnecessárias, aplicam-se os critérios objetivos padronizados pela FIGO 2023 e ACOG:

1. Falha na Fase Latente (Falha de Indução Propriamente Dita): Impossibilidade de atingir a fase ativa do trabalho de parto (definida como dilatação ≥ 5 a 6 cm com apagamento e contrações regulares) após:

- Ciclo completo de maturação cervical sem atingir Escore de Bishop > 6 ; OU

- **Pelo menos 15 horas de infusão contínua de Ocitocina associada à amniotomia** (membranas rotas) com estabilidade materno-fetal, conforme critério FIGO 2023 / ACOG.

2. Parada da Fase Ativa do Trabalho de Parto: Gestante em fase ativa (≥ 6 cm de dilatação) com membranas rotas que não apresenta progressão cervical após:

- ≥ 4 horas de contrações uterinas adequadas e ocitocina; OU

- ≥ 6 horas de contrações inadequadas a despeito da titulação de ocitocina.

11. Assistência ao 3º e 4º Períodos, Prevenção da HPP e Tromboprofilaxia

- **Manejo Ativo do 3º Período (Obrigatório):** Administração de 10 UI de Ocitocina IM imediatamente após o nascimento do feto (fármaco de escolha). Tração controlada do cordão umbilical após sinais de descolamento placentário. Clampeamento tardio do cordão (1 a 3 minutos) em RNs a termo e pré-termo vigorosos.
- **Vigilância do 4º Período (Período de Greenberg):** Monitorização de sinais vitais, tônus uterino (formação do globo de segurança de Pinard) e sangramento vaginal a cada 15 minutos na primeira hora pós-parto.
- **Tromboprofilaxia Hospitalar (Escore FEBRASGO):** Avaliação obrigatória de risco de Tromboembolismo Venoso na admissão. Escore ≥ 3 : indicar tromboprofilaxia farmacológica com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) ou Heparina Não Fracionada (HNF) no pós-parto/internação, salvo contraindicação hemorrágica.

12. Registros Mínimos em Prontuário e Indicadores

- **Registros em Prontuário:** Indicação clínica documentada; confirmação da IG; Escore de Bishop inicial; consentimento informado compartilhado; horários, doses e resposta de cada intervenção; registros de FCF/dinâmica; motivo detalhado e tempo de ocitocina/amniotomia se houver indicação de cesárea.
- **Indicadores Assistenciais:** Taxa de sucesso de parto vaginal pós-indução; taxa de cesárea por 'falha de indução' (auditada pelo critério temporal de 12–18h); incidência de taquissístolia e eventos adversos materno-neonatais.

13. Referências

1. FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FIGO). FIGO good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes (Borovac-Pinheiro, A. et al.). **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 163, supl. 2, p. 51-56, 2023.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017/2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
4. REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (RBEHG). **Pré-eclâmpsia: Protocolo Assistencial 2025**. RBEHG, 2025.
5. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Conduta clínica e obstétrica na pré-eclâmpsia**. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 101).
6. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Pré-eclâmpsia**. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 100).
7. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Hipertensão arterial crônica e gravidez**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 75).

8. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Trabalho de parto pré-termo: uso racional da tocolise**. 3. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 63).
9. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Prevenção do tromboembolismo na gestante hospitalizada e no puerpério**. São Paulo: FEBRASGO, 2025.
10. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Cesárea: indicações**. 3. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 94).
11. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Avaliação da vitalidade fetal intraparto**. 3. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 95).
12. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). First and Second Stage Labor Management. **Clinical Practice Guideline**, No. 8. Obstet Gynecol, 2024.
13. WENNERHOLM, U. B. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. **BMJ**, v. 367, l6131, 2019.

Elaboração técnica

Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr
Carla Regina Batiuk Schamne
Dora Yoko Nozaki Goto
Dulcimary Dias Bittencourt
Marcelo Guimarães Rodrigues

Aprovação institucional

Geraldo Gentil Biesek – Presidente da FUNEDAS

Diagramação

Rafael Hasse

Correspondência Interna 198/2026.

Documento: **Protocolo_Inducao_do_Parto_2026_FUNEAS_Maternidades.pdf.**

Assinatura Avançada realizada por: **Acacia Maria Lourenco Francisco Nasr (XXX.980.100-XX)** em 24/09/2026 14:39 Local: FUNEAS/DT, **Geraldo Gentil Biesek (XXX.399.129-XX)** em 24/09/2026 15:05.

Inserido ao documento **2.284.522** por: **Dora Yoko Nozaki Goto** em: 24/09/2026 08:53.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:
bf9c0e5f9d4d6d58e24ccf736ab51fd9