



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 1/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

1. OBJETIVOS:

Analisar dados do potencial doador de tecidos oculares para excluir possíveis contraindicações à doação.

2. ABRANGÊNCIA:

Banco de Olhos Botucatu – BOB

3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): não se aplica

3.2. Equipamentos e Documentos Necessários: computador, sistema informatizado (SOUL – MV) e ficha de Notificação de Óbito.

4. PROCEDIMENTOS:

1. Após a notificação do óbito, o plantonista deverá entrar no sistema informatizado (SOUL – MV), analisar o prontuário do potencial doador e verificar se há alguma contraindicação para a doação de tecidos oculares, conforme imagem 1:

2. Se necessário, o plantonista deverá conversar com a equipe médica responsável sobre a existência de contraindicações para a doação de tecidos oculares;

3. Deverá confirmar na declaração de óbito a ausência de contraindicação.

4. Quando houver impossibilidade de constatar a causa mortis ou contra-indicações em tempo hábil, a retirada poderá ser realizada a fim de não prejudicar a obtenção dos tecidos oculares. Essa ocorrência deverá ser documentada, incluindo a sua justificativa.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



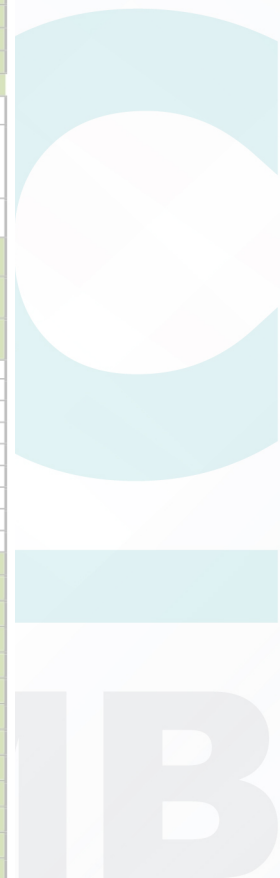
POP BOB 002 - PÁG.: 2/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

Imagem 1 - Contraindicações Absolutas

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS			
	1 Causa da morte indeterminada ou Doença de etiologia desconhecida		
	2 Infecção / inflamação ocular ativa e significativa		
	3 Tempo máximo para enucleação excedido: >6 horas (corpo em temperatura ambiente) ou >12 horas (corpo mantido sob refrigeração)		
	4 Fora da faixa etária: < 2 anos ou ≥ 80 anos		
Neoplasias	5 Neoplasias oculares, hematológicas e melanoma: <ul style="list-style-type: none"> Leucemias Mieloma múltiplo Linfomas ativos disseminados Metástases oculares Retinoblastoma Tumores malignos do segmento anterior ocular Melanoma 		
	Sorologia	6 História, dados clínicos, fatores de risco ou sorologia positiva / inconclusiva para: <ul style="list-style-type: none"> HIV Hepatite C (HCV) Hepatite B (HBV) HTLV Citomegalovírus (CMV) - IgM Toxoplasmose - IgM 	
		Infecções Bacterianas, Virais, Parasitárias e Fúngicas	7 Precaução de contato / colonização por bactéria multiresistente (Exs: MRSA, Pseudomonas, Acinetobacter, VRE, KPC e outras que vierem a surgir)
			8 Hepatite viral aguda
			9 Infecção sistêmica ativa / não controlada <ul style="list-style-type: none"> Sepse Choque séptico SIRS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) Endocardite infecciosa
10 Raiva			
11 Rubéola congênita			
12 Tuberculose ativa (há menos de 3 meses da recuperação clínica)			
13 Meningite / Encefalite infecciosa ativa			
Transplante Neurológico	14 Chikungunya / Dengue / Zika (há menos de 30 dias após a recuperação clínica)		
	15 H1N1 (há menos de 14 dias após a recuperação clínica)		
	16 COVID - 19 ou contactante (Indivíduo com infecção confirmada por SARS-CoV-2, há menos de 10 dias)		
	17 Risco de transmissão de doenças causadas por prions: <ul style="list-style-type: none"> Doença de Creutzfeldt-Jakob - DCJ ("Vaca Louca") ou variante Demência rapidamente progressiva ou doença neurológica degenerativa ou de origem desconhecida (Exs: Alzheimer, Esclerose múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Parkinson, Panencefalite subaguda esclerosante, Doença do neurônio motor, Encefalopatia espongiforme transmissível, Leucoencefalopatia multifocal progressiva) 		
Hemodiluição	18 Pessoas submetidas a neurocirurgia não documentada (na qual possa ter sido utilizado Dura-máter) <ul style="list-style-type: none"> Pessoas tratadas com hormônio de crescimento de origem humana ou outro hormônio de origem hipofisária não recombinante 		
	19 Xenotransplante - Tecido de origem animal (Ex: valva cardíaca bovina)		
	20 Transplante de órgãos, córnea, esclera ou dura-máter		
Grupo de Risco	21 Uso terapêutico de tecidos humanos há menos de 6 meses (exceto córnea, esclera e dura-máter, cuja contra-indicação é definitiva)		
	22 Indicação de que o resultado das análises das amostras de sangue NÃO SERÃO VALIDOS, devido a: <ul style="list-style-type: none"> a) Cálculo de HEMODILUIÇÃO superior a 50% (obs: quando não houver amostra de sangue/soro anterior ao início da transfusão) b) Uso de IMUNOSSUPRESSORES: (Atentar para doenças autoimunes, tais como: Lúpus e Artrite reumatoide) <ul style="list-style-type: none"> Azatioprina Ciclosporina Prednisona (em dose ≥ 1mg/kg/dia) Ciclofosfamida Micofenolato Tacrolimo (entre outros) c) Uso de MEDICAMENTOS hemoderivados nos últimos 6 meses: <ul style="list-style-type: none"> Albumina humana Fibrinogênio humano Imunoglobulina humana 		
	23 Drogas injetáveis ilícitas <ul style="list-style-type: none"> Presença de lesões puntiformes sugestivas 		
Grupo de Risco	24 Presença de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva <ul style="list-style-type: none"> Caso tenha sido realizado em estabelecimento regularizado pela Vigilância Sanitária, considerar 06 meses Caso NÃO tenha sido realizado em estabelecimento regularizado pela Vigilância Sanitária, considerar 12 meses. Piercing Oral ou Genital, considerar 12 meses 		
	25 Prática sexual de risco nos últimos 6 meses, do indivíduo e/ou parceiro (a): <ul style="list-style-type: none"> Em troca de dinheiro/ drogas Vítima de violência sexual Portadores de sorologia positiva para HIV, HBV, HCV, HTLV ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea Terapia renal substitutiva (hemodiálise) Histórico de uso de medicamentos hemoderivados Histórico de encarceramento superior a 72h 		

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Dr. Alvio Isao Shiguematsu e Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 3/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

AValiação de Risco (NÃO SÃO CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA)

1 - Atentar para (e anotar na Ficha de Informações do Doador):

a) Presença, no corpo do doador de sinais físicos que sugerem risco de doenças malignas ou sexualmente transmissíveis, tais como:

- Lesões de pele ou mucosas, inclusive nos genitais e perianais
- Cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores a retirada de tecidos ou órgãos
- Icterícia
- Hepatomegalia
- Linfadenopatia difusa

b) Infecção NÃO OCULAR localizada e ativa no momento da doação

c) História de doença crônica, sistêmica e autoimune capaz de prejudicar a qualidade dos tecidos oculares.

d) Avaliação da história do doador em relação a viagens e exposição a agentes infecciosos, bem como a prevalência de doenças infecciosas locais.

e) Ingestão ou exposição a substâncias tóxicas nos últimos 12 meses, tais como Cianeto, Chumbo, Mercúrio. Ouro, que possam ser transmitidas aos receptores e colocar a saúde em risco.

f) Histórico de Vacinação - em anexo

g) Indivíduos ou parceiros sexuais com Histórico de Transfusão de Hemocomponentes nos últimos 06 meses

5. CONTINGÊNCIAS:

5.1. Em casos de dúvida sobre o caso, o Médico Plantonista do Banco de Olhos/Diretor Médico deverá ser consultado.

5.2. Em situações de emergência em saúde pública, surtos epidêmicos, avanços tecnológicos e estudos científicos pertinentes, o Banco de Olhos em cooperação com a ANVISA, e o Ministério da Saúde, pode inserir adequar e modificar critérios técnicos para seleção e exclusão de doadores com vistas à eliminação ou diminuição dos riscos sanitários.

6. OBSERVAÇÕES:

6.1. A equipe seguirá os seguintes Critérios de Exclusão, que estão de acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Central de Transplantes do Estado de São Paulo e do Diretor Médico do Banco de Olhos de Botucatu – BOB.

6.2. Compete aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) validar ou invalidar o doador, conforme legislações vigentes.

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Dr. Alvio Isao Shiguematsu e Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 4/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

7. AUTORES E REVISORES:

7.1. Autores: Alvio I. Shiguematsu, Cíntia Banin, Aline R. Zambrini, Cibele G. dos S. Melo, Marcos R. Luiz, Marina C. A. Cleto e Valdeci R. Tavares.

7.2. Revisores: Alvio Isao Shiguematsu e Cíntia Banin.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia de Inspeção em Banco de Células e Tecidos. Boas práticas em células e tecidos. 2017.

- BRASIL. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 707 de 1 de julho de 2022. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. NOTA TÉCNICA Nº 140 de 2023 - CGSNT/DAET/SAES/MS. Gerenciamento do risco sanitário do SARS-CoV-2 para a doação e o transplante de órgãos e tecidos oculares.

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Nota Técnica nº 12/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA: Orientação sobre inaptidão temporária para doação de sangue de candidatos que foram submetidos à vacinação contra a Covid-19 e outras recomendações.

- COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 710/2022. Atualiza a norma técnica referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação, captação e transplante de órgãos, tecidos e células, e dá outras providências.

- EBAA – Eye Bank Association of America – Regulatory updates. Disponível em: <https://restoresight.org/?s=covid>

-. SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES. Nota técnica 02/2022 – Dá ciência aos Bancos de Tecido Ocular Humano sobre os critérios mínimos de captação de córnea.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 5/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Ficha de Notificação de Óbitos:

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU BANCO DE OLHOS BOTUCATU Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/nº. CEP: 18618-687. Botucatu / São Paulo / Brasil E-mail: bob.hc@unesp.br FAX: (14) 3811-6386 – (14) 99612-8442	
--	--	--

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO

Morte Encefálica

Nome: _____ Data e horário do óbito: ____/____/____ : ____:____

RGHC: _____ Setor: _____ Idade: _____

Notificado por: _____ Verificação do prontuário: ____/____/____ : ____:____

AValiação de Prontuário: NÃO SIM Plantonista: _____

Transcrição dos Diagnósticos e anotações do Prontuário: _____

Observações: _____

Histórico de Vacina Hemodiálise Hemodiluído (anexar cálculo) Histórico de encarceramento > a 72h

Indivíduo e/ou parceiro sexual do grupo de risco, 6 meses Medic. Hemoderivado Medic. Imunossupressor

Piercing e/ou tatuagem, 12 meses Transplante Xenotransplante Uso terapêutico de Tecidos, 6 meses

CAUSA MORTE OBTIDA DE ATESTADO DE ÓBITO, POR MÉDICO: Assistente/Substituto SVO I.M.L.

TRANSCRIÇÃO DOS MOTIVOS DO ÓBITO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.

Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES
Estado morbido, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a) Devido ou como consequência de _____

b) Devido ou como consequência de _____

c) Devido ou como consequência de _____

d) Devido ou como consequência de _____

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiveram, porém, na cadeia acima

Fornecido pelo (a) Dr.(a): _____ CRM N.º: _____

ENTREVISTA FAMILIAR NÃO SIM

MOTIVOS MÉDICOS	ASPECTOS LOGÍSTICOS
<input type="checkbox"/> Desconhecimento da causa base do óbito	<input type="checkbox"/> Equipe de retirada não disponível
Portador de neoplasia: <input type="checkbox"/> Hematológico <input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Deficiência estrutural da instituição
<input type="checkbox"/> Sorologia positiva:	
Fora da Faixa Etária: <input type="checkbox"/> abaixo de 2 anos <input type="checkbox"/> maior ou igual a 80 anos	<input type="checkbox"/> Familiares não localizados
<input type="checkbox"/> Tempo máximo para retirada ultrapassado:	<input type="checkbox"/> Potencial doador sem identificação
<input type="checkbox"/> Septicemia / Choque Séptico / Infecção Ativa (Descrito na D.O.)	<input type="checkbox"/> Doador sem documento
<input type="checkbox"/> Trauma com lesão do tecido a ser doado	<input type="checkbox"/> Outros. Justifique:
<input type="checkbox"/> Outros. Justifique:	
<input type="checkbox"/> História de Infecção não especificado na D.O. - Converso com Médico:	CRM: _____

DOAÇÃO NÃO SIM

MOTIVOS DE RECUSA	
<input type="checkbox"/> Desconhecimento do desejo do potencial doador	<input type="checkbox"/> Familiares descontentes com o atendimento
<input type="checkbox"/> Potencial doador contrário, em vida, à doação.	<input type="checkbox"/> Receio de demora na liberação do corpo
<input type="checkbox"/> Familiares indecisos	<input type="checkbox"/> Convicções religiosas
<input type="checkbox"/> Familiares desejam o corpo íntegro	<input type="checkbox"/> Outros:

ENTREVISTADO POR: _____ às: ____/____/____ : ____:____

Obs: _____

AIH Digitado óbito na Planilha



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 6/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

9.2. Anexo 2: Tabela de triagem clínica de doadores de sangue – vacinas

PRINCIPAIS VACINAS E SUA CORRELAÇÃO COM A DOAÇÃO DE SANGUE	
<i>Vacinas de vírus ou bactérias vivos e atenuados</i>	
Vacina	Tempo de inaptidão
Pólio oral (Sabin)	4 semanas
Febre tifóide oral	
Caxumba (Parotidite)	
Tríplice viral [Caxumba (Parotidite), Sarampo e Rubéola]	
Dupla viral (Sarampo e Rubéola)	
Febre amarela	
Sarampo	
BCG	
Rubéola	
Varicela (Catapora)/Herpes zoster	
Variola*	
Rotavírus	
Influenza	
Outras vacinas produzidas a partir de micro-organismos vivos ou atenuados contra infecções não relacionadas acima deverão obedecer ao tempo de inaptidão de 4 semanas, ou outras recomendações dos fabricantes.	
* Doença erradicada. No entanto, manter esta restrição por situações excepcionais.	
<i>Vacinas de vírus ou bactérias inativados, toxoides ou recombinantes</i>	
Vacina	Tempo de inaptidão
Cólera	48 horas
Pólio (Salk)	
Dupla do tipo adulto - dT(Difteria e Tétano)	
DTPa (Difteria,Tétano e Coqueluche acelular)	
Tetra (Difteria,Tétano, Coqueluche e Hemophillus influenzae do tipo b)	
Tétano	
Febre tifoide (injetável)	
Meningite	
Coqueluche	
Peste	
Pneumococo	
Leptospirose	
Brucelose	



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 7/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

Hemophilus influenzae do tipo b, hepatite A	48 horas
Hepatite B recombinante	
HPV (Human Papiloma Vírus)	
Influenza	
Vacina Antirrábica (vacina inativada proveniente de cultivos celulares)	48 horas 12 (doze) meses se após exposição animal
Outras vacinas produzidas a partir de micro-organismos inativados, toxoides ou recombinantes contra infecções não relacionadas acima, deverão obedecer ao tempo de inaptidão de 48 horas, ou outras recomendações dos fabricantes.	

Imunoterapia passiva	
Soro	
Imunoterapia passiva heteróloga (soro)	
Imunoterapia passiva homóloga (soro humano)	
Observações:	
Vacinação para hepatite A (inativada) e B (recombinante) considerar inapto por 48 horas, se não relacionado com exposição ao vírus. No caso de utilização de vacinas em situação de bloqueio de surto, o período de inaptidão estará relacionado com o período de incubação da doença. Em caso de indivíduos que estejam participando de estudos clínicos para vacinas considerar inapto por 1 (um) ano após o término do protocolo de vacinação.	
No caso de uso de vacinas que ainda estejam em processo de registro, considerar inapto por 1 (um) ano após o término do protocolo de vacinação.	

Fonte: Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de Setembro de 2017

Vacina	Laboratório	País de Desenvolvimento	Tecnologia	Inaptidão para doação de Sangue
CORONAVAC	Sinovac/Butantan	China	Vírus SARS-CoV-2 Inativado	48 horas
ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) - Covishield	Astrazeneca/Oxford/ Fiocruz	Reino Unido	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
BNT 162	BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	EUA/Alemanha	mRNA	7 dias
AD26.Cov2.S	Janssen-Cilag	Europa	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Sputnik V	Gamaleya National Center	Rússia	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Covaxin	Bharat Biotech	Índia	Vírus inativado	48 horas
mRNA-1273	Moderna/Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas	EUA	mRNA	7 dias

Fonte: Nota Técnica nº 12/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Dr. Alvio Isao Shiguematsu e Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 002 SELEÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE TECIDOS OCULARES



POP BOB 002 - PÁG.: 8/8 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 05 : 15/03/2024

10. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 - E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br</p>	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO		

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO		
1.1. Título: POP BOB 02 - SELEÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS OCULARES HUMANOS		
1.2. Área Responsável: Banco de Olhos de Botucatu		
1.3. Data da Elaboração: 22/06/2018 Total de páginas: 09 Data da Revisão: Março/2024 Número da Revisão: 05		
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de Dados (nome completo) Durante a Vigência do Documento: Eu, como revisora do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:		
NOME	SETOR	ASSINATURA
Álvio Isao Shiguematsu	BOB	
Cíntia Banin.	BOB	
2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):		
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP BOB 02 - SELEÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS OCULARES HUMANOS		
Também autorizo a exposição do meu nome completo.		
Data: 15/3/24	Assinatura: Enfermeira COREN-SP 039554/9	
Data: 15/3/24	Assinatura: Dr. Alvio Isao Shiguematsu Diretor Médico / R. T. Banco de Olhos Botucatu CRM - SP: 90370 Diretor Médico - RT: Alvio Isao Shiguematsu	

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Dr. Alvio Isao Shiguematsu e Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024

BANCO DE OLHOS - BOB