



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 124/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

Alerta sobre a
reintrodução do
sarampo no
Brasil

1. **ASSUNTO**

O Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), por meio da Coordenação-Geral da Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) e da Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI), e a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), alertam sobre a ameaça de reintrodução de sarampo no Brasil e orientam o fortalecimento contínuo da vigilância do sarampo com oportunidade de identificação, notificação e investigação de todos os casos suspeitos da doença.

2. **ALERTA NACIONAL**

2.1. Considerando os casos e surtos de sarampo na Europa e América do Norte, sobretudo nos Estados Unidos, e Argentina, na América do Sul, o risco de reintrodução do vírus no Brasil aumenta pelo fluxo de viajantes (brasileiros e estrangeiros) e pela presença de indivíduos não vacinados.

2.2. Diante da notificação de casos confirmados de sarampo no Brasil em 2025, o Ministério da Saúde (MS) alerta a todos os serviços de saúde do país, públicos ou privados, sobre a ameaça iminente de reintrodução do vírus do sarampo, a qualquer momento e em qualquer local do país.

2.3. Por isso, o MS recomenda que os sinais e sintomas do sarampo sejam amplamente divulgados, sobretudo para médicos que atuam no SUS, na saúde suplementar e clínicas privadas. A suspeita clínica precisa ser notificada imediatamente à vigilância epidemiológica municipal para que as ações de imunização, vigilância e diagnóstico sejam desencadeadas de forma oportuna. Ademais, recomenda-se intensificação da vigilância em municípios de fronteira com outros países.

2.4. Alerta-se que o quadro clínico do sarampo apresenta semelhanças com outras doenças febris exantemáticas da infância, bem como com arboviroses. Dessa forma, pode ser inicialmente identificado e notificado como dengue, zika, chikungunya, parvovirose, exantema súbito, entre outras. Contudo, o sarampo precisa ser investigado se as doenças mencionadas forem descartadas e o paciente atender à definição de caso suspeito.

2.5. Na saúde pública, recomenda-se que os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) realizem a Busca Ativa Laboratorial (BAL) para casos negativos de arboviroses (dengue, zika e chikungunya), originários de amostras de casos notificados que apresentem sintomas compatíveis com a definição de sarampo e/ou rubéola. Nesse contexto, deve-se processar um percentual de 10% dessas amostras, conforme a situação epidemiológica local e a capacidade do laboratório. Destaca-se também a importância da BAL no início de surtos, com o objetivo de avaliar a presença de outros casos em municípios onde já foi confirmado um caso de sarampo e não há evidências da fonte de infecção. Essa busca deve ser realizada em amostras obtidas no mesmo município onde os primeiros casos foram confirmados ou em municípios para os quais houve deslocamento.

2.6. Embora alguns casos confirmados possam estar devidamente vacinados para sua idade, a manifestação clínica entre vacinados pode ocorrer. Estima-se que cerca de 10% dos indivíduos saudáveis poderão contrair sarampo devido a incapacidade do indivíduo vacinado de produzir anticorpos protetores suficientes após o estímulo primário ou reforços de uma vacinação. No entanto, a doença tende a ser mais branda nesses casos, e o risco de transmissão para outras pessoas é significativamente reduzido.

2.7. A ocorrência de casos de sarampo de forma esporádica (casos importados ou com vínculo a casos importados) ou quando não se identifica a fonte de infecção, não significa que existe transmissão comunitária da doença no Brasil. Por isso, a investigação de contatos (domiciliares, familiares, escolares, laborais e sociais) é fundamental para aumentar a chance de identificar a fonte de infecção (investigação retrospectiva) e adotar medidas para evitar casos secundários (investigação prospectiva). Dessa forma, é necessário que as ações sejam oportunas para que a disseminação da vírus seja contida.

2.8. De acordo com os critérios do *Marco Regional para o Monitoramento e a Reverificação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas*, nesse momento, os casos confirmados não alteram o status do Brasil como país livre da circulação do vírus do sarampo, rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, reconquistado em novembro de 2024.

2.9. Todos os profissionais de saúde do país que atuam no SUS, na saúde suplementar ou no serviço privado desempenham uma função essencial para conter a disseminação dessa doença que pode ser letal. O mais importante é que a

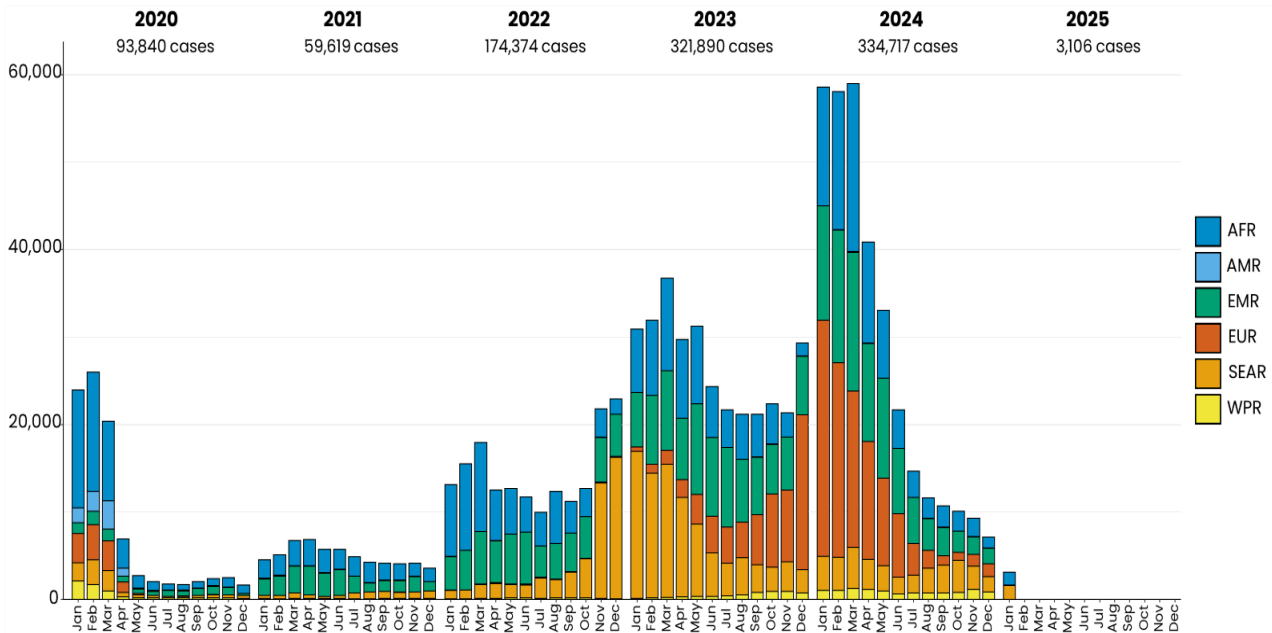
suspeita seja realizada e as ações de prevenção e controle desencadeadas oportunamente, garantindo que a disseminação do vírus seja evitada ou controlada, de modo a impedir a transmissão comunitária.

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO SARAMPO NO MUNDO E NO BRASIL

3.1. Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa. A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas. Pela alta contagiosidade, até nove em cada dez pessoas suscetíveis com contato próximo a uma pessoa com sarampo desenvolverão a doença.

3.2. O sarampo continua sendo uma doença que afeta todos os continentes, gerando casos e surtos. Em 2024, globalmente, foram confirmados 334.717 casos de sarampo, ou seja, 18.767 casos a mais que o ano anterior, correspondendo a um acréscimo de 6,3% em 12 meses. (Figura 1). Observando-se a série histórica do sarampo no mundo, identifica-se um aumento gradativo de casos após período da pandemia da Covid-19, com maior pico em 2024.

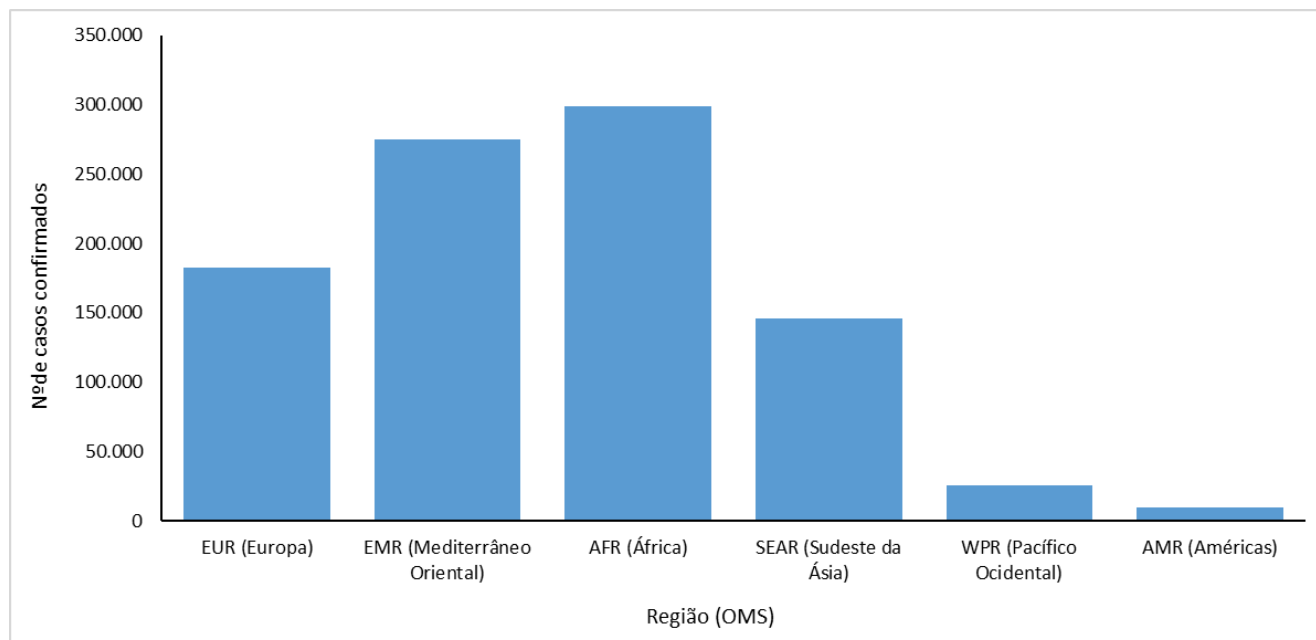
Figura 1: Distribuição de casos de sarampo por mês nas Regiões da OMS, 2020 a 2025.



Fonte: Based on data received 2025-02 - Data Source: IVB Database - This is surveillance data, hence for the last month(s), the data may be incomplete.

3.3. A maioria dos casos confirmados ocorreu na Região da África (AFR), com 298.818 (31,9%) casos, seguido pela Região do Mediterrâneo Oriental (EMR), com 274.903 (29,3%) casos e Região da Europa (EUR), com 182.438 (19,4%) casos, entre os anos de 2020 e 2025, como mostra a Figura 2. Destaca-se que o maior número de casos confirmados de sarampo ocorreu no ano de 2024, totalizando 318.619 (34,0%) casos, seguido do ano de 2023 com 299.852 (32,0%) casos (Figura 2).

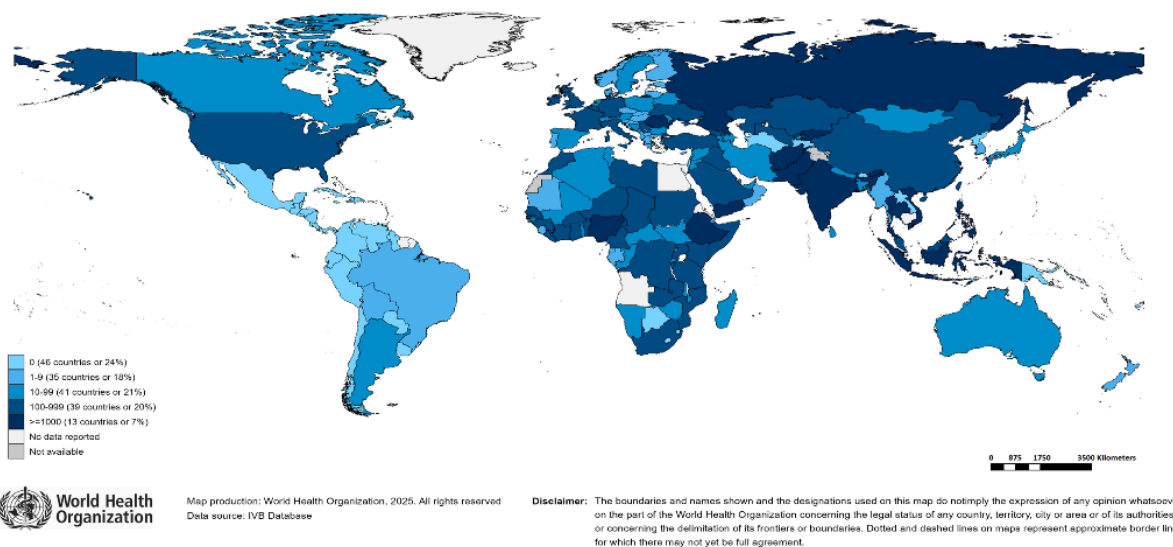
Figura 2. Distribuição dos casos confirmados de sarampo, segundo Regiões da OMS, 2020 a 2025.



Fonte: Based on data received 2025-02 - Data Source: IVB Database - This is surveillance data, hence for the last month(s), the data may be incomplete.

3.4. Nos últimos seis meses, a maioria dos casos ocorreu nos países a seguir: Paquistão, Tailândia, Índia, Iêmen, Etiópia, Afeganistão, Indonésia, Federação Russa e Quirguistão. Globalmente, observa-se a intensa disseminação da circulação do vírus neste período, com 10 (17,5%) países registrando 1.000 casos ou mais. (Figura 3).

Figura 3. Distribuição dos casos confirmados de sarampo globalmente, segundo país, nos últimos 6 meses.



Notes: Based on data received 2025-02 - Surveillance data from 2024-07 to 2024-12 - * Countries with highest number of cases for the period - **WHO classifies all suspected measles cases reported from India as measles clinically compatible if a specimen was not collected as per the

3.5. Segundo o Boletim das OPAS, vol. 31, Nº. 05-06, na Região das Américas, em 2025, foram notificados 537 casos de sarampo, com 94 casos confirmados, sendo 76 casos no Canadá e 14 nos Estados Unidos (EUA). Destes, 68 (72,3%) casos foram confirmados por critério laboratorial e 24 (25,5%) por vínculo epidemiológico, sendo identificados os genótipos D8 e B3.

3.6. Chama atenção a ocorrência de vários surtos de sarampo nesta região, como nos EUA, Canadá e Argentina, o que mantém os países em alerta para o risco de reintrodução do vírus de forma endêmica.

3.7. No Texas/EUA, de 01 de janeiro até 07 de março de 2025, foram confirmados 198 casos de sarampo, sendo a maioria crianças. Dos acometidos, 23 pessoas foram hospitalizadas e o primeiro óbito foi registrado em 26 de fevereiro, segundo o Departamento de Serviços de Saúde do Estado do Texas. Trata-se de uma criança em idade escolar que não foi vacinada e foi hospitalizada em Lubbock.

3.8. No Canadá, no mesmo período, foram confirmados 89 casos de sarampo em três províncias: Manitoba, Ontário e Quebec. Sendo que, em Manitoba, até 04 de fevereiro, foram confirmados cinco casos, todos relacionados ao surto em Ontário. Em

Quebec, foram confirmados 27 casos, com um surto ativo na província, e destes, 20 casos foram registrados na região de Laurentides. Já em Ontário, foram confirmados 57 casos e seis casos prováveis.

3.9. A Argentina confirmou um surto recentemente, com quatro casos de sarampo da mesma cadeia de transmissão de até 25 de fevereiro. Nos três primeiros casos houve a identificação do genótipo B3, linhagem MVs/Buenos Aires.ARG/5.25. Com relação ao quarto caso, o resultado da amostra ainda não foi divulgado.

3.10. O Brasil recebeu o certificado de eliminação do sarampo em agosto de 2016. Contudo, após surto ocorrido no país vizinho (Venezuela) e fluxo migratório, associado às baixas coberturas da vacina tríplice viral no país, o vírus do sarampo se dispersou no território nacional a partir de fevereiro de 2018, gerando inúmeros casos que ocorreram até o ano de 2022. Com isso, o país perdeu a certificação, após um ano de franca circulação do mesmo genótipo do vírus.

3.11. Em 2022, foram notificados 3.277 casos e 41 confirmados sarampo, nos estados, a saber: Amapá (30), Pará (1), São Paulo (8) e Rio de Janeiro (2), sem ocorrência de óbitos pela doença neste período. A data do exantema do último caso confirmado foi 05 de junho de 2022, no estado do Amapá, portanto, o Brasil não registra casos endêmicos há mais de 2 anos. Em 2023, foram notificados 1.867 casos suspeitos, e destes nenhum foi confirmado.

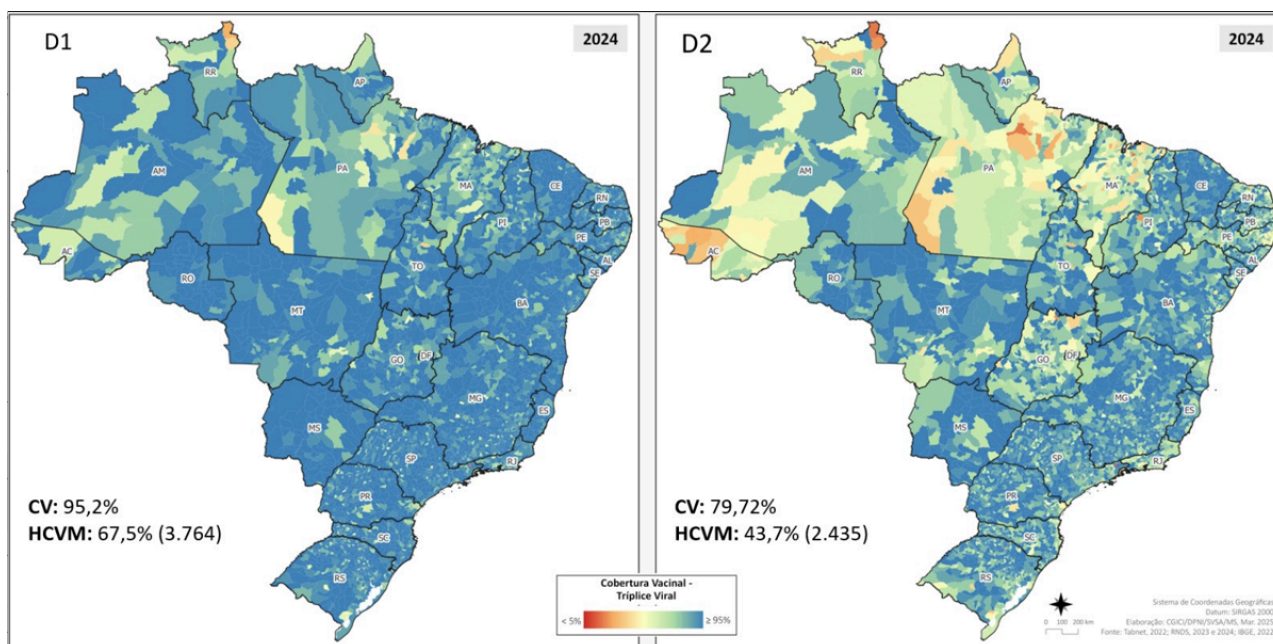
3.12. Em 2024, foram notificados 2.232 casos suspeitos de sarampo, dos quais cinco foram confirmados, sendo quatro (4) casos importados, com identificação dos genótipos B3 e D8, e um (1) caso de ocorrência esporádica, com fonte de infecção desconhecida, uma vez que não foi identificado contato com viajantes, nem houve registro de viagem nacional ou internacional.

3.13. Até a Semana Epidemiológica 9 de 2025, foram notificados 149 casos de sarampo, dos quais três foram confirmados: dois no estado do Rio de Janeiro e um no Distrito Federal. Além disso, 60 casos permanecem em investigação.

4. COBERTURA VACINAL PARA O SARAMPO

4.1. No Brasil, a cobertura da 1ª dose (D1) atingindo a meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) de 95% com uma homogeneidade de 67,5% (3.764 municípios atingindo a meta). A cobertura da 2ª dose (D2) atingiu 79%, com uma homogeneidade de 43,71% (2.435). Diante desse cenário, reforçamos a necessidade de aprimorar a adesão à D2 para atingir a meta de 95% de cobertura vacinal.

Figura 4. Coberturas da vacina tríplice viral por tipo de dose no Brasil, 2024*



Fonte: RND5. *Dados preliminares referentes ao ano de 2024 e sujeitos a alteração.

4.2. O Brasil alcançou a cobertura para a primeira dose (D1) da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), demonstrando um excelente trabalho na imunização. Esse resultado reforça o compromisso com a vacinação, como medida mais efetiva de proteção, e a necessidade de esforços contínuos para ampliar a cobertura de forma equilibrada em todo o país. Apesar da meta para a segunda dose (D2) não ter sido alcançada, os resultados obtidos foram positivos, no entanto, evidencia a suscetibilidade da população e o risco aumentado de contato com o vírus importado e o desenvolvimento da doença na comunidade, podendo levar uma epidemia de sarampo.

5. RECOMENDAÇÕES

5.1. Em função do aumento global de casos de sarampo, diante de um caso suspeito ou surtos, a implementação oportuna das medidas de controle e prevenção reduz a chance de dispersão do vírus, sendo importante a articulação entre as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório, imunização, atenção à saúde, atenção especializada e saúde indígena para a execução das

orientações. As ações estão publicadas no Guia de Vigilância em Saúde (6ª edição) e Instrução Normativa de Vacinação (2024) e Manual de Normas e Procedimentos de Vacinação (2ª edição). A síntese encontra-se a seguir:

5.1.1. Seguir a definição de caso suspeito de sarampo

- Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal.

5.1.2. Adotar as ações necessárias frente à identificação de caso suspeito de sarampo:

- Notificar todos os casos suspeitos de sarampo em até 24h, para os três entes da federação; deve-se preencher adequadamente a ficha de notificação/investigação do caso, com informações legíveis e completas;
- Realizar coleta de espécimes clínicos (soro, swab nasorofaríngeo e urina) no primeiro contato com o paciente; segundo orientações do Guia de Vigilância em Saúde;
- Orientar quanto às medidas de controle para o isolamento domiciliar/social do caso suspeito de sarampo, por quatro dias, após o início do exantema. Pacientes internados devem ser submetidos ao isolamento respiratório, até quatro dias após o início do exantema;
- Realizar a investigação de todos os casos suspeitos de sarampo em até 48h, da data de notificação, de forma oportuna;
- Investigar retrospectivamente os contatos do caso suspeito e os lugares frequentados entre 7 a 21 dias antes do início do exantema, a fim de identificar a fonte de infecção;
- Investigar prospectivamente os contatos do caso suspeito durante o período de transmissibilidade (6 dias antes do exantema até 4 dias após o exantema), a fim de identificar possíveis casos secundários;
- Avaliar todos os contatos dos casos suspeitos de sarampo durante 30 dias após a exposição para se identificar sinais e sintomas sugestivos de sarampo e notificar;
- Verificar a situação vacinal do caso suspeito por meio do cartão ou caderneta de vacinação e registrar na ficha de investigação no campo 'Observações adicionais' a data do recebimento de todas as doses de vacina dupla viral, tríplice viral ou tetraviral que estiverem indicadas no documento de vacinação;
- Realizar o bloqueio vacinal seletivo dos contatos dos casos suspeitos de sarampo em até 72 horas após a notificação do caso (exceto nos contatos que apresentarem as manifestações clínicas da doença);
- Registrar o monitoramento dos contatos, avaliar vínculos e construir as cadeias de transmissão;
- Realizar busca ativa institucional e comunitária de pessoas com sinais e sintomas compatíveis com sarampo;
- Realizar busca ativa laboratorial (BAL);
- Encerrar todos os casos suspeitos de sarampo em até 60 dias.

5.1.3. Realizar as ações de vacinação:

I. Bloqueio vacinal dos contatos dos casos suspeitos de sarampo

- Deve-se realizar imediatamente o bloqueio vacinal, abrangendo todos os contatos a partir dos seis meses de idade. O bloqueio deve ser seletivo, considerando o histórico de vacinação dos contatos e realizado em todos os locais que o caso suspeito frequentou (creches, escolas, locais de trabalho, templos religiosos, etc).
- O bloqueio vacinal deverá ser implementado em um prazo de até 72 horas, conforme orientações a seguir:
 - Crianças de 06 meses a menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias): administrar a dose zero da vacina tríplice viral. Esta dose **não é válida para a rotina**, devendo-se manter as indicações estabelecidas no Calendário Nacional de Vacinação.
 - Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos:
 - I - Crianças de 12 meses a menores de cinco anos: atualizar situação vacinal conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação para a idade, isto é, primeira dose (D1) aos 12 meses com a tríplice viral e aos 15 meses (D2), Dose de tetraviral (ou tríplice viral + varicela monovalente).
 - II - Pessoas de cinco a 29 anos: iniciar ou completar o esquema de duas doses da vacina tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.
 - Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior contra o sarampo.
 - Pessoas com 60 anos e mais: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior com dupla viral ou tríplice viral.
 - Trabalhadores da saúde devem receber ou comprovar duas doses de vacina tríplice viral.

- Não sendo possível realizar todo o bloqueio em até 72 horas, as ações de vacinação devem ser mantidas até que todos os contatos tenham sido avaliados e vacinados conforme a situação encontrada.

II. Vacinação de rotina

- Deve ser intensificada com a extensa busca ativa de pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto contra o sarampo, conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

5.2. Todas as orientações detalhadas acima, bem como informações adicionais sobre as medidas de controle e prevenção do sarampo, podem ser encontradas no Guia de Vigilância em Saúde disponível no link: [Guia de Vigilância em Saúde - Volume 1 \(6ª Edição\)](#).

6. NOTAS IMPORTANTES

6.1. **Não vacinar casos suspeitos de sarampo** no período entre as coletas de amostras de sangue (soro): 1ª amostra (S1) e 2ª amostra (S2), uma vez que a administração da vacina interfere diretamente no resultado laboratorial e classificação final do caso.

6.2. **Após a fase aguda do sarampo**, ausência de sinais e sintomas, e coleta das amostras para confirmação e/ou descarte do caso, seguir com a administração da vacina tríplice ou tetra viral, conforme o Calendário Nacional de Vacinação, considerando a proteção para as demais doenças, rubéola, caxumba e varicela.

7. REFERÊNCIAS

- ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. **Boletín Epidemiológico Nacional No 744 (2025)**. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_744_se_7_vf.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 1 – 6. ed.** – Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2024**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2024.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – 2.ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis.** – 4. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf/view Acesso em: 10 março de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo: busca ativa e retrospectiva**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-busca-ativa-e-retrospectiva/view>. Acesso em: 18 mar. 2025.
- GOVERNO DE MANITOBA. Measles outbreak declared over in Manitoba. 2025. Disponível em: <https://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=67457&posted=2025-02-04>. Acesso em: 27 fev. 2025.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **El sarampión y la rubéola: guía práctica para la vigilancia integrada**. Washington, D.C.: PAHO, 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56039/9789275324066_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 fev. 2025.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Marco regional para el monitoreo y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas**. Washington, D.C.; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856> Acesso em: 20 fev. 2025.
- PUBLIC HEALTH ONTARIO. **Measles in Ontario: Epidemiological summary**. 2025. Disponível em: https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/M/24/measles-ontario-epi-summary.pdf?rev=5541475ccb984eeabf879c30546f408f&sc_lang=en&hash=1A8DBB1415C05625D4B0A2C3AD2344F1. Acesso em: 27 fev. 2025.
- QUÉBEC. **Measles outbreak in Québec. 2025**. Disponível em: <https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/a-z/measles/measles-outbreak>. Acesso em: 27 fev. 2025.
- TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES. **Texas announces first death from measles outbreak**. 2025. Disponível em: <https://www.dshs.texas.gov/news-alerts/texas-announces-first-death-measles-outbreak>. Acesso em: 27 fev. 2025.

em: 10 mar. 2025.

GREICE MADELEINE IKEDA DO CARMO
Coordenadora-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

ANA CATARINA DE MELO ARAUJO
Coordenadora-Geral de Incorporação Científica e Imunização

EDER GATTI FERNANDES
Diretor do Departamento do Programa Nacional de Imunizações

MARÍLIA SANTINI DE OLIVEIRA
Coordenadora-Geral de Laboratórios de Saúde Pública



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 20/03/2025, às 14:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Santini de Oliveira, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 20/03/2025, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araujo, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização**, em 20/03/2025, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**, em 20/03/2025, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0046647197** e o código CRC **2787131B**.