



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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 190/2024-DPNI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Alerta sobre a detecção de Poliovírus Circulante Derivado Vacinal tipo 3 (cPVDV3) em amostras de águas residuais na Guiana Francesa.

2. **ANÁLISE**

2.1. O Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) alerta sobre a detecção de poliovírus circulante derivado vacinal tipo 3 (cPVDV3) em amostras de águas residuais em São Jorge do Oiapoque, Guiana Francesa, fronteira com o Brasil.

2.2. A informação deriva do comunicado do Chefe da Divisão de Monitoramento e Segurança de Saúde (VSS) do Departamento de Saúde Pública (DSP) da Guiana Francesa, recebido em 16 de setembro de 2024, sobre isolamento de cPVDV3 em águas residuais obtidas em dois momentos distintos, com intervalo de coleta de dois meses, uma delas em São Jorge do Oiapoque (Guiana Francesa), localizada na fronteira com o município de Oiapoque, no estado do Amapá, no Brasil (Figura 1).

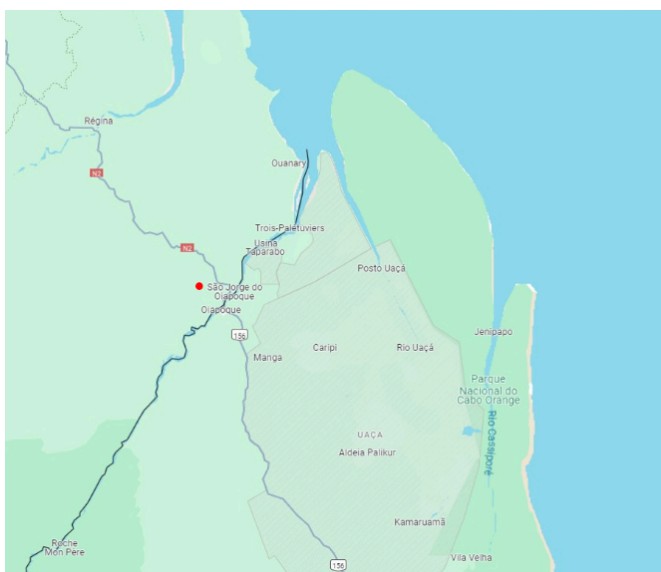


Figura 1: Localização geográfica de São Jorge do Oiapoque na Guiana Francesa, onde foi detectado cPVDV3.

Fonte: Google

AValiação DE RISCO

2.3. Apesar do último caso de poliomielite no Brasil ter ocorrido há 35 anos e o país ter recebido o certificado de área livre de circulação do PVS, segundo Comissão Regional de Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas, o risco de reintrodução do PVS e surgimento do PVDV é **alto**.

2.4. Segundo ferramenta de análise de risco da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizada anualmente em todos municípios brasileiros, e avalia dados de cobertura vacinal, vigilância, água potável, esgotamento sanitário e casos/surtos de doenças imunopreveníveis, os 16 municípios do Amapá foram classificados para reintrodução do PVS e surgimento do PVDV:

- Muito alto risco: Macapá, Mazagão, Oiapoque, Porto Grande, Pracuuba, Santana
- Alto risco: Pedra Branca do Amapari, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Laranjal do Jari, Vitória do Jari
- Médio risco: Amapá, Calçoene, Tartarugalzinho
- Baixo risco: Serra do Navio

2.5. Referente às coberturas vacinais da poliomielite, o estado do Amapá teve uma cobertura variando de 42,68% em 2020 a 92,38% em 2015, sendo que em 2023, a cobertura vacinal foi de 65,59% (Quadro 1).

Quadro 1: Coberturas vacinais segundo UF e ano. Brasil, 2014 a 2023.

UF	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Brasil	96,76	98,29	84,43	84,74	89,54	84,19	76,79	71,04	77,20	86,55
Amapá	80,66	92,38	47,59	63,18	68,74	73,01	42,68	45,37	52,87	65,59

Dados de 2014 a 2022 TABNET.

*Atualização do painel em 17/09/2024 às 05:21:19, com dados contidos na Rede Nacional de Dados Saúde (RNDS) até o dia 16/09/2024. Dados referentes a Agosto de 2024.

*Dados preliminares e sujeitos a alteração.

3. DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.1. De acordo com o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), *Standard Operating Procedures for responding to a poliovirus event or outbreak v4.0 – March 2022*, (PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO RESPOSTA A UM EVENTO OU SURTO DE POLIOVÍRUS, disponível em https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2024/05/9789275726259_por.pdf), a identificação de um caso de Poliovírus Selvagem (PVS) ou de PVDV em humanos ou a identificação desses vírus no ambiente deve ser tratada como uma prioridade para os serviços de saúde pública, principalmente para as localidades que estejam com baixas coberturas vacinais, assim como aquelas com indicadores de vigilância epidemiológica abaixo da meta preconizada.

3.2. Assim, diante da detecção de cPVDV3 São Jorge do Oiapoque na Guiana Francesa, do fluxo de pessoas entre os países e da análise de risco, esse vírus representa uma ameaça internacional para a população brasileira e por isso, o Ministério da Saúde recomenda a necessidade de intensificação das ações de vacinação, vigilância epidemiológica e laboratorial das paralisias flácidas agudas no Amapá, em especial no Oiapoque e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

3.3. Dessa forma, o Ministério da Saúde reforça a importância do desenvolvimento de estratégias articuladas para **intensificação das ações de prevenção e controle da poliomielite no Brasil**, nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e coordenadas entre as áreas de imunização, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, atenção primária à saúde, atenção especializada, saúde indígena, laboratório, Centro Nacional de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS Nacional), Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) e Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema único de Saúde (EpiSUS).

3.4. As estratégias se dividem em quatro eixos, com os seguintes objetivos:

- **Imunização:** realizar varredura vacinal (casa a casa), com a VOPb e VIP, para atualizar o esquema vacinal das crianças menores de cinco anos de idade e aumentar as coberturas vacinais, visando a prevenção da doença;
- **Vigilância Epidemiológica:** aprimorar/intensificar a busca ativa de casos de paralisias flácidas agudas na comunidade e nas instituições de saúde;
- **Inquérito Coprológico:** Coleta de fezes por amostragem em crianças menores de cinco anos, não vacinadas ou com esquema vacinal incompleto para pesquisa de poliovírus;
- **Investigação de Águas Residuais:** coleta de amostra de águas residuais em diversos pontos do município de Oiapoque para pesquisa de poliovírus.

IMUNIZAÇÃO

- Realizar intensificação vacinal em 15 municípios do estado do Amapá e varredura vacinal no Oiapoque (casa a casa) com a identificação de crianças menores de cinco anos de idade para serem vacinadas, de forma seletiva, com a vacina inativada poliomielite (VIP) e oral poliomielite bivalente (VOPb), conforme Calendário Nacional de Vacinação;
- Verificar o histórico vacinal das crianças menores de cinco anos de idade que se dirigem aos estabelecimentos de saúde, por qualquer motivo de consulta, e atualizar a situação vacinal para poliomielite conforme normas do DPNI;
- Realizar treinamento, oficinas, cursos, simulações realísticas e outras ações com finalidade de preparar profissionais da saúde para realizar abordagem adequada às famílias hesitantes a vacinação;
- Manter a vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi) sensível.
- Aproveitar as oportunidades de vacinação:
 - o Os profissionais das equipes da APS devem verificar a situação vacinal durante todos os atendimentos. Caso seja identificado pendências vacinais, encaminhar o usuário à sala de vacina;
 - o A cada consulta de puericultura deve ser avaliado o cartão de vacina da criança;
 - o As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), devem realizar a conferência da caderneta da criança no momento do atendimento, informando as equipes de vacinação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) para atualização da mesma.
- Garantir a sala de vacina aberta todo o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS):
 - o Recomenda-se manter serviços de vacinação em todas as UBS. Na inviabilidade de se seguir essa recomendação, é primordial que seja estabelecido um fluxo de direcionamento para locais com serviços de vacinação e que estes locais sejam amplamente divulgados a população;
 - o Realizar controle de estoque e garantir disponibilidade das vacinas conforme normas do Programa Nacional de Imunizações em todas as salas de vacina e insumos necessários.
- Evitar barreiras e a burocratização do acesso:
 - o Avaliar a possibilidade de parcerias para a instalação de pontos de vacinação em locais de grande circulação;
 - o Permitir o acesso à vacinação das crianças menores de cinco anos de idade que estiverem sem o cartão de vacina, sem o comprovante de residência ou sem outro documento. Para o correto registro, devem ser anotados os dados possíveis no momento da vacinação (endereço, nome, data de nascimento, entre outros) e posteriormente os documentos deverão ser buscados;
 - o Planejar e oferecer vacinação de rotina extramuros para os menores de cinco anos de idade com dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma UBS e para populações vulneráveis (população em situação de rua, indígenas, quilombolas, filhos de pessoas abrigadas, filhos de população privada de liberdade, ribeirinha e locais de difícil acesso).
- Priorizar o registro oportuno e adequado das doses aplicadas tanto na intensificação quanto na varredura vacinal, bem como monitoramento e avaliação das ações:
 - o Identificar pessoas que não possuam cartão de vacina, assegurar a distribuição, administrar as doses recomendadas e registrá-las nos sistemas;
 - o Garantir o registro de 100% das doses administradas nos sistemas de informação, em tempo oportuno;
 - o Solicitar nos atendimentos domiciliares de rotina e nas atividades coletivas de saúde o cartão de vacina para verificação e atualização;
 - o Monitorar e realizar vigilância das coberturas vacinais para poliomielite;
 - o Subsidiar o agente comunitário de saúde, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e enfermeiros dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas responsáveis pela vacinação em território indígena (lista de vacinas disponíveis, calendário nacional de vacinação simplificado, cursos dentre outros) para busca ativa e identificação de pendência vacinal;

o Aprimorar os mecanismos de monitoramento de coberturas vacinais com base em dados disponíveis para a gestão local (SI-PNI, PEC, SISAB, SIASI, dentre outros);

o Realizar acompanhamento e discussão conjunta com a vigilância sobre as coberturas vacinais, e quando necessário, levar as discussões para as instâncias colegiadas (Comissão Intergestora Bipartite - CIB e Comissão Intergestora Regional - CIR);

o Produzir e divulgar periodicamente documentos informativos com análises locais das coberturas vacinais;

- Promover encontros na comunidade com profissionais de saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção;

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Realizar a intensificação das ações de busca ativa de casos de PFA nas unidades de saúde e hospitais e na comunidade (busca ativa institucional e comunitária):
 - o Preparar relatório da busca realizada contendo semana epidemiológica, número de hospitais ou unidades de saúde visitados, número total de prontuários revisados, número total de casos de PFA encontrados na busca, número de casos de PFA que já estavam notificados no sistema de vigilância e número de casos encontrados que não estavam notificados.
- Coletar uma amostra de fezes 3 a 5 contatos dos casos de PFA que não tiveram amostra coletada ou a amostra foi inoportuna (Contatos < de 05 anos que não tenham recebido VOP nos últimos 30 dias);
- Caso seja identificado um caso de PFA, seguir as orientações que constam no Guia de Vigilância em Saúde (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>).

COMUNICAÇÃO

- Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal:
 - o Divulgar em redes sociais, rádios, televisão e outros meios de comunicação as ações coletivas, vacinas disponíveis, unidades de vacinação e outras informações inerentes ao processo de vacinação;
 - o Realizar ampla divulgação do calendário vacinal a população. Como parceiros potenciais sugere-se ações conjuntas com os conselhos de saúde das categorias profissionais, universidades, grupos sociais, dentre outros.
- Combater qualquer informação falsa (fake news) sobre vacinação:
 - o Promover encontros entre os gestores da saúde, profissionais da saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção;
 - o Divulgar nos veículos de comunicação informações sobre a vacinação e seus benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção;
 - o Ampliar a divulgação e acesso a informações obtidas com as melhores evidências científicas, como sites do Ministério da Saúde, OMS/OPAS e de sociedades científicas.

GERAIS

- Intensificar as ações conjuntas de imunizações, VE-PFA/Pólio, laboratório, atenção primária à saúde, atenção especializada à saúde, saúde indígena, conselhos de saúde e parceiros (OPAS, Rotary, Unicef, Pastoral da Criança, dentre outros), em especial nos municípios com instalações portuárias fluviais, aeroportos e rodoviárias.

4. DAS AÇÕES REALIZADAS

4.1. Realizada reunião em 17/09/24 para discutir ações a serem desenvolvidas no estado e municípios fronteiriços, diante da confirmação do isolamento de PVDV3 em águas residuais na Guiana Francesa. Participaram da reunião, vigilância, imunização, nacional, estadual e municipal do Amapá, Laboratório de fronteira (Laftron), CIEVS nacional e estadual (fronteira), Assessoria Especial de Assuntos Internacionais (AISA), Coordenação-Geral de Laboratórios (CGLAB), laboratórios de Referência Nacional e Regional (Fiocruz/RJ e IEC/PA).

4.2. Realizado em 26/09/24, webinar de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Aguda/Poliomielite, imunização e laboratórios e orientações de coleta, acondicionamento e envio (transporte) das amostras de fezes para o Lacen e laboratório de referência. Participaram do webinar, técnicos do Estado do Amapá, municípios e áreas afins. Anexos: Apresentação Imunização (0043490023), Apresentação Vigilância (0043490143) e Apresentação IEC (0043500370).

4.3. Alinhamento interno em 26/09/24 com equipe do CGICI/DPNI sobre a prorrogação de prazo para uso da vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) para intensificação vacinal no Estado do Amapá conforme o Calendário Nacional de Vacinação.

4.4. Elaboração em 27/09/24 Comunicado à Coordenação Estadual de Imunizações sobre a dilação de prazo para uso da VOPb para intensificação vacinal no Estado do Amapá e novas datas para a mudança do esquema exclusivo com vacina inativada poliomielite (VIP) e logística reversa das doses de VOPb considerando a detecção de poliovírus derivado vacinal tipo 3 (PVDV3) em amostras de águas residuais na Guiana Francesa (0043455725).

4.5. Em atenção à solicitação de 3 mil doses de vacinas de VOP pelo Estado do Amapá, as mesmas foram encaminhadas em 01/10/24, além de 5 mil doses de VIP em 02/10/24 para o Amapá para intensificar a vacinação de rotina, tendo sido recebidas pelo estado em 7 e 10/10/24, respectivamente.

4.6. Realizada reunião em 01/10/24, para alinhamento/acompanhamento e revisão das ações em desenvolvimento no estado do Amapá e municípios de Oiapoque e Laranjal do Jari.

4.7. Elaboração, em 02/10/24, de novo Comunicado à Coordenação Estadual de Imunizações com atualização da prorrogação de prazo para uso da VOPb no Estado do Amapá considerando que 14 municípios deveriam utilizar VOPb até 18/10/24, Oiapoque e Laranjal do Jari até 31/10/24. Em virtude da situação de emergência, foi alinhado junto ao estado do Amapá que o Oiapoque realizará estratégia de varredura vacinal casa a casa. Além disso, o comunicado tratou das novas datas para a mudança do esquema exclusivo com vacina inativada poliomielite (VIP) e logística reversa das doses de VOPb (0043559733).

4.8. Realizada reunião em 08/10/24, para tratar do registro das doses aplicadas na estratégia de varredura vacinal no Oiapoque com a Coordenação de Imunização do Estado do Amapá, apoiadora de imunizações do DPNI que está no estado, Núcleo de Governança da Informação (NGI), equipe de análise (CGICI) e área técnica de poliomielite do DPNI.

4.9. Deslocamento, em 16/10/24, de equipe da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS), composta por três técnicos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (EpiSUS), dois do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) e um do Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde (CIEVS) para, junto a

profissionais da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SES-AP) desenvolver ações de resposta para o município do Oiapoque. As ações de prevenção e monitoramento fazem parte das ações integradas de resposta programadas para o município de Oiapoque, baseadas nos quatro eixos já referidos.

4.10. Realizada reunião em 18/10/24 com a Coordenação de Imunização do Estado do Amapá, apoiadora de imunizações do DPNI que está no estado, técnicos da CGICI e CGVDI e representante da SESAI para alinhar a operacionalização da varredura vacinal no município de Oiapoque. Nesse mesmo dia, a CGICI encaminhou documento "Estratégias de vacinação contra a poliomielite no estado do Amapá", via e-mail, após alinhamento com o Estado. Ainda, foi realizada reunião do DPNI com a "Câmara Técnica Nacional de Especialistas para Certificação da Erradicação da Poliomielite" para discutir a emergência da cPVDV3 na Guiana Francesa e as ações desenvolvidas até o momento, tendo sido recomendado pela Câmara a vacinação seletiva em conformidade com o calendário de vacinação do Brasil, além do fortalecimento da vigilância epidemiológica e laboratorial no local.

4.11. Realizada reunião em 19/10/24 com toda equipe do Ministério da Saúde, SES-AP e OPAS para discutir metodologia de todos os eixos de ação a serem executadas no Oiapoque.

4.12. Deslocamento em 20/10/24, de Macapá para Oiapoque, de equipe do Ministério da Saúde para apoiar as ações.

5. POLIOMIELITE E PARALISIA CAUSADA POR POLIOVIRUS CIRCULANTE DERIVADO VACINAL TIPO 3 – CPVDV3

5.1. A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus selvagem (PVS) tipo 1, 2 ou 3. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido.

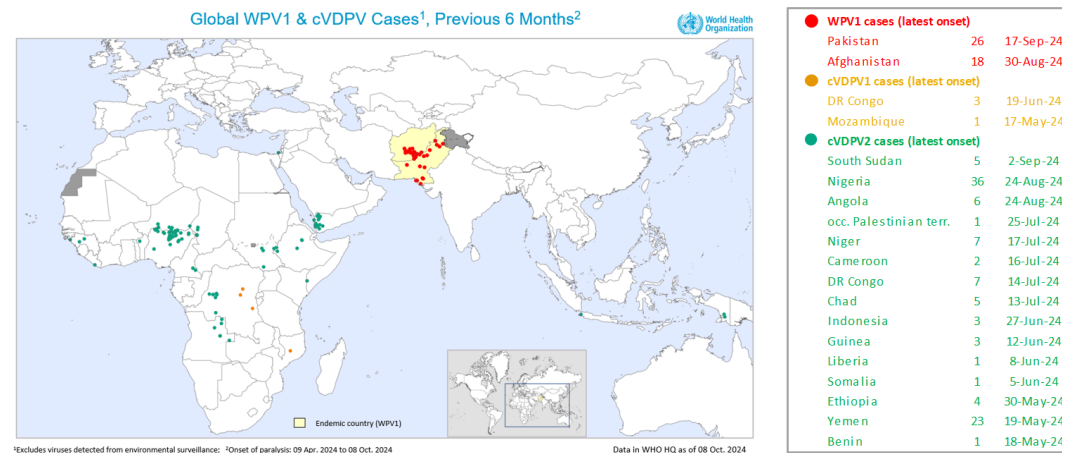
5.2. A VOP que levou o poliovírus selvagem à beira da erradicação tem muitos benefícios: o vírus vivo atenuado (enfraquecido) da vacina fornece melhor imunidade no intestino, que é onde a poliomielite se replica. O vírus da vacina também é excretado nas fezes e, em comunidades com saneamento de baixa qualidade, isso significa que ele pode ser transmitido de pessoa para pessoa e, na verdade, ajudar a proteger a comunidade. No entanto, em comunidades com baixas coberturas vacinais, à medida que o vírus é transmitido de uma criança não vacinada para outra ao longo de um longo período de tempo (geralmente ao longo de cerca de 12-18 meses), ele pode sofrer mutação e assumir uma forma que pode causar paralisia, surgindo assim o PVDV. Esse tipo poliovírus pode readquirir a capacidade de circular na comunidade com baixa cobertura vacinal e então se espalhar causando casos e surtos de poliomielite por PVDV, que podem ser do tipo 1, 2 e 3. Conforme a OMS, a causa do surgimento de PVDV são as baixas coberturas vacinais. Esses casos apresentam os mesmos sinais e sintomas da poliomielite causada pelo poliovírus selvagem e deixar sequelas permanentes. Quando os PVDV adquirem a capacidade de circular na comunidade causando surtos, são denominados poliovírus circulante derivado vacinal (cPVDV).

5.3. A baixa cobertura vacinal pode favorecer o surgimento de poliomielite causada pelo poliovírus derivado vacinal (PVDV), assim é importante que sejam alcançadas altas e homogêneas coberturas vacinais para prevenção da poliomielite.

5.4. Os PVDVs podem ainda ser classificados de outras formas no documento descrito no item 3.1.

6. SITUAÇÃO ATUAL DA POLIOMIELITE NO MUNDO

6.1. De acordo com a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), a doença permanece endêmica no Paquistão e Afeganistão, sendo confirmados 36 casos por PVS em 2024 (Paquistão 17 casos e Afeganistão 19 casos) de janeiro a setembro de 2024. Além disso, foram detectados 165 casos de poliovírus circulante derivado vacinal (cPVDV) dos tipos 1 e 2, em 17 países nesse período, todos localizados nas Regiões Africana, Sudeste Asiático e Mediterrâneo Oriental (Figura 2).



Fonte: <https://polioeradication.org/polio-today/>

*Dados preliminares e sujeitos a alteração.

Figura 2: Distribuição dos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (PVS1) e poliovírus circulante derivado vacinal (cPVDV) tipos 1, 2 detectados nos últimos 6 meses nos países afetados.

6.2. O risco de reintrodução de PVS e surgimento de PVDV devem ser tratados como uma prioridade para os serviços de saúde pública, principalmente para as localidades que estejam com baixas coberturas vacinais, assim como os que se encontram com os indicadores de vigilância epidemiológica abaixo da meta preconizada.

7. CONCLUSÃO

7.1. Em virtude da detecção de poliovírus derivado da vacina tipo 3 (PVDV3) em águas residuais na Guiana Francesa e da classificação do Brasil como país de **alto risco** para reintrodução do Poliovírus Selvagem pela Comissão Regional de Certificação (RCC), o Ministério da Saúde alerta para o **alto risco de reintrodução da poliomielite no Brasil e surgimento de poliovírus derivado vacinal**.

7.2. No mais, este Ministério da Saúde, por meio do DPNI, se coloca à disposição para apoiar ações presenciais ou à distância e no que mais for necessário.

EDER GATTI FERNANDES
Diretor
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

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

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

ETHEL MACIEL
Secretária
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 29/10/2024, às 19:26, 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 30/10/2024, às 12:26, 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 30/10/2024, às 13:56, 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 **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 01/11/2024, às 17:03, 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 **0044044664** e o código CRC **DC612303**.