



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 6/2025-CGIST/.DATHI/SVSA/MS

Dispõe sobre orientações relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HTLV-1/2, incluindo fluxo de testagem na gestação, no parto ou no puerpério, via de nascimento e amamentação.

I CONTEXTUALIZAÇÃO

A infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV-1/2) acomete cerca de 15 a 20 milhões de pessoas no mundo; no Brasil, estima-se que 800 mil pessoas vivam com HTLV-1¹. Trata-se de uma infecção crônica que, até o momento, não tem cura nem vacina. Apesar de a maioria das pessoas vivendo com HTLV não manifestar sinais e sintomas, uma parte dos indivíduos pode apresentar uma série de doenças associadas à infecção pelo HTLV-1, entre as quais se destacam a leucemia de células T do adulto (ATL) e a mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP). Até o momento, a infecção pelo HTLV-2 não está associada à manifestação de doenças².

O HTLV-1/2 é uma infecção sexualmente transmissível (IST); além disso, o vírus também pode ser transmitido por via parenteral e por transmissão vertical durante a gestação, o parto e, principalmente, a amamentação.

Devido ao elevado risco de transmissão vertical do HTLV por meio do aleitamento materno, o Ministério da Saúde recomenda a sua suspensão da amamentação por pessoas com infecção por HTLV confirmada (mediante teste de triagem e confirmatório reagentes/positivos)³. Todavia, mesmo com a suspensão da lactação e a substituição do leite materno por fórmula láctea, aproximadamente 2,5% das crianças expostas ao HTLV poderão ser diagnosticadas com a infecção posteriormente. Esse risco de transmissão vertical é denominado risco residual e a evidência científica disponível não permite inferir se a infecção nesses casos ocorre *in utero* ou durante o parto².

Considerando o cenário supracitado, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) tornou pública a decisão de “incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o exame para detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes”, conforme a Portaria Sectics n.º 13, de 3 de abril de 2024, disponível em <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-13-de-3-de-abril-de-2024-551933905>.

Em 21 de março de 2025, em reunião do Comitê Técnico Assessor de HTLV (CTA-HTLV) ocorrida em Salvador (BA), após o Seminário alusivo ao Dia Nacional de Enfrentamento ao HTLV, foram discutidas questões sobre via de parto e amamentação no cenário de prevenção da transmissão vertical do HTLV. Os resultados dos debates nortearam a elaboração da presente nota, que foi então revisada conjuntamente entre a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) e traz esclarecimentos relacionados ao HTLV-1/2 na gestação para gestores(as) e profissionais do SUS.

II FLUXOGRAMA DE TESTAGEM DA GESTANTE

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HTLV é realizado com pelo menos dois testes: um teste inicial (mais sensível) e um segundo teste (mais específico) que complementa o diagnóstico. Nesse sentido, considerando os fluxogramas disponíveis no **Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV²** e a disponibilidade de testes comerciais existentes no Brasil, definiu-se, no âmbito do SUS, o seguinte fluxo de escolha para a investigação da infecção pelo HTLV-1/2 em gestantes durante o pré-natal (Figura 1):

- Testes sorológicos de triagem (imunoensaios para detecção de anticorpos anti-HTLV): consistem no primeiro teste a ser aplicado para rastreio da infecção, a exemplo do **Ensaio Imunoenzimático (ELISA)**, do **Ensaio de Quimioluminescência (CLIA)** ou do **Ensaio de Eletroquimioluminescência (ECLIA)**.
- Testes sorológicos confirmatórios (imunoensaios para detecção de anticorpos anti-HTLV e subtipagem em HTLV-1 e HTLV-2): trata-se de testes para complementação diagnóstica em casos reagentes (positivos) ou indeterminados na triagem sorológica, a exemplo do **Imunoensaio em Linha (LIA)** ou do **Western Blot (WB)**.
- Testes moleculares (TM) (ensaios para detecção de DNA pró-viral do HTLV): testes para complementação diagnóstica que se aplicam nos casos em que a triagem sorológica apresenta resultado reagente (positivo) e o

teste LIA ou o WB apresentam resultado inconclusivo.



Figura 1 - Fluxograma de diagnóstico laboratorial de HTLV em gestante
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

IMPORTANTE: O rastreio para HTLV durante a gestação **somente deve ser realizado** caso o território disponha de exames para **execução completa do fluxograma de diagnóstico**, ou seja, o teste de triagem e os testes complementares.

Recomenda-se a testagem de HTLV em gestantes **no primeiro trimestre de gestação, de preferência na primeira consulta de pré-natal**. Dessa forma, haverá tempo suficiente para a realização do exame confirmatório para a conclusão diagnóstica. Se o teste confirmatório for reagente (positivo), é necessário fornecer orientações adequadas à gestante acerca da infecção por HTLV. A testagem deve ser realizada uma única vez durante a gestação, não sendo necessária sua repetição nos trimestres subsequentes.

A possibilidade de ocorrência de resultados falso-reagentes (falso-positivos) em testes de triagem deve ser considerada, especialmente naqueles realizados por método de CLIA ou ECLIA. Por isso, é fundamental orientar adequadamente os(as) usuários(as) quanto a essa possibilidade de resultados falso-reagentes nos testes de triagem e **reforçar que o diagnóstico de infecção por HTLV não deve ser concluído apenas com base em um teste reagente (positivo), sendo necessária a realização de testes complementares para a conclusão diagnóstica**.

O Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Atenção Primária à Saúde (Saps) e de Vigilância à Saúde e Ambiente (SVSA), em parceria com as gestões estaduais e municipais, está implementando o **rastreio para HTLV-1/2 no âmbito do pré-natal**. Os **testes de triagem** são cofinanciados por meio da **Rede Alyne** – programa ministerial que visa reduzir a mortalidade materna no Brasil, promovendo o cuidado humanizado e integral às gestantes, parturientes, puérperas e crianças⁴ – e fazem parte da lista de exames obrigatórios que devem ser realizados durante o pré-natal. Os **testes confirmatórios**, por sua vez, **serão adquiridos de forma centralizada pela SVSA** e distribuídos aos estados/municípios, para execução em parceria com os laboratórios de saúde pública.

Alguns estados/municípios já disponibilizam testes de triagem e confirmatório para execução do fluxo diagnóstico completo, seja por meio de sua própria rede ou em parceria com outros estados, o que representa uma alternativa enquanto a rede nacional para o diagnóstico do HTLV está em estruturação.

III RECOMENDAÇÕES SOBRE A VIA DE NASCIMENTO

Atualmente há poucas evidências sobre o papel da via de nascimento na transmissão vertical de HTLV⁵⁻⁸. Com o objetivo de apoiar a tomada de decisão por parte dos(as) profissionais que atuam em maternidades e Centros de Parto Normal (CPN), apresentam-se a seguir orientações direcionadas aos(as) gestores(as) e às equipes de saúde (Figura 2):

- **Para gestantes com diagnóstico confirmado** de HTLV-1/2, independentemente de manifestações compatíveis com ATL, HAM/TSP e/ou outras doenças associadas ao HTLV-1, recomenda-se a realização da **cirurgia cesariana**.
- **Para gestantes com diagnóstico não concluído:** no momento do parto, se a gestante apresentar resultado reagente (positivo) no teste de triagem de HTLV (ELISA ou CLIA/ECLIA) e ainda não houver o resultado do teste confirmatório (WB/LIA), ou se este for indeterminado:
 - **Se houver manifestações compatíveis com ATL, HAM/TSP e/ou com outras doenças associadas ao HTLV-1**, recomenda-se realização de cirurgia cesariana.
 - **Se não houver manifestações associadas ao HTLV**, recomenda-se manter a via de nascimento de acordo com indicação obstétrica.

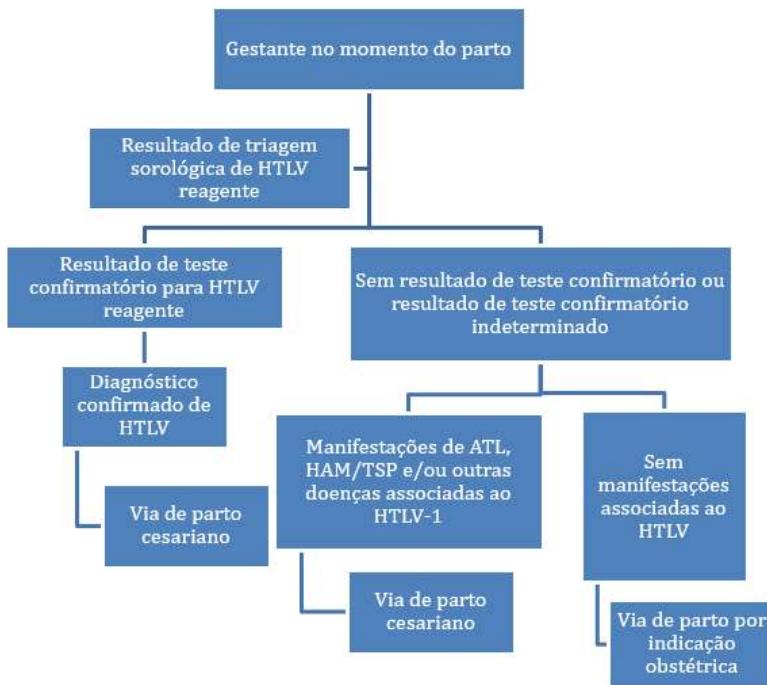


Figura 2 – Fluxograma de decisão sobre a via de nascimento em gestante com testes de diagnóstico de HTLV

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Quadro 1 – Cuidados específicos durante o parto cesariano em gestantes vivendo com HTLV confirmado (rastreamento e teste confirmatórios reagentes/positivos)

CUIDADOS ESPECÍFICOS DURANTE A CESARIANA ELETIVA
1. Confirmar a idade gestacional , a fim de evitar a prematuridade iatrogênica . Utilizar parâmetros obstétricos como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
2. A cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação , a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
3. Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas integras).
4. Ligar o cordão umbilical imediatamente após a retirada do recém-nascido e não realizar ordenha do cordão.
5. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de executar a histerotomia , minimizando o contato posterior do recém-nascido com o sangue materno.

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

IV RECOMENDAÇÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO

O diagnóstico confirmado de infecção pelo HTLV-1/2 é critério de **contraindicação absoluta para a amamentação**.

No entanto, quando **não houver diagnóstico confirmado** para a infecção pelo HTLV, a **continuidade da amamentação deve ser possibilitada** até que se **tenha o diagnóstico confirmado de HTLV, o mais breve possível**, garantindo assim os benefícios do aleitamento tanto para a saúde de quem amamenta quanto para a do bebê, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) e o Programa Nacional de promoção, proteção e apoio à amamentação⁹. Nesse sentido, orienta-se (Figura 3):

- **Para gestantes, parturientes ou puérperas com diagnóstico de HTLV-1/2, isto é, com resultado reagente (positivo) para o teste de triagem e para o teste complementar (confirmatório):** realizar a **inibição da lactação** com cabergolina 0,5mg, dois comprimidos em dose única **após o parto**, e ofertar fórmula láctea até os 6 meses de vida. Ver Nota Informativa n.º 4/2021-CGIST/.DCCI/SVS/MS: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota_informativa_n42021-cgist_dcci_svs_ms.pdf/view.
- **Para gestantes com diagnóstico não concluído***: no momento do parto, caso a gestante apresente resultado reagente (positivo) no teste de triagem para HTLV (ELISA ou CLIA/ECLIA) e ainda não haja resultado do teste confirmatório (WB/LIA) ou este seja indeterminado, recomenda-se manter a amamentação exclusiva até a conclusão diagnóstica, ou seja, até a obtenção do resultado do exame confirmatório para HTLV. Esse período não deve ultrapassar o limite de segurança de 3 meses de idade da criança^{8,10}.

***Observação:** caso a gestante apresente manifestações compatíveis com ATL, HAM/TSP e/ou outras doenças associadas ao HTLV-1, ou, ainda, possua familiares com diagnóstico de HTLV, recomenda-se a suspensão da amamentação, com administração de cabergolina (0,5mg, dois comprimidos, via oral, em dose única) e o fornecimento de fórmula láctea pelo SUS para a criança exposta (Nota Informativa n.º 4/2021-CGIST/DCCI/SVS/MS), até a obtenção do resultado do exame confirmatório para HTLV.

- O contato pele a pele na primeira hora de vida deve ser incentivado, independentemente do resultado do exame de HTLV, em vista dos benefícios que essa prática traz tanto para a criança quanto para a mãe.

Nos casos de gestantes com diagnóstico não concluído no momento do parto, é importante:

- **Realizar o exame confirmatório de HTLV EM CARÁTER DE URGÊNCIA**, preferencialmente com a coleta e o envio de amostra ainda durante a internação na maternidade ou Casa de Parto Normal antes da alta da puérpera e do recém-nascido, orientando sempre a parturiente sobre a importância da confirmação diagnóstica, assim como sobre os riscos de amamentação prolongada em casos de teste confirmatório reagente (positivo). Assim, importante reforçar a orientação de que a conclusão do diagnóstico deve ocorrer em, no máximo, até 3 meses.
- Acionar as coordenações de vigilância em HIV, Aids e ISTs do município e do estado para apoio na condução do caso e nas ações de vigilância. Além disso, é fundamental articular o acompanhamento da puérpera e da criança, com consulta agendada na rede de saúde local.
- **Após a realização dos testes confirmatórios:**
 - Caso a **infecção pelo HTLV seja descartada** após a conclusão do fluxograma diagnóstico de testagem, orienta-se a manutenção da amamentação.
 - Caso a **infecção pelo HTLV seja confirmada** após a conclusão do fluxograma diagnóstico de testagem, orienta-se a suspensão **IMEDIATA** da amamentação e a inibição da lactação com cabergolina.

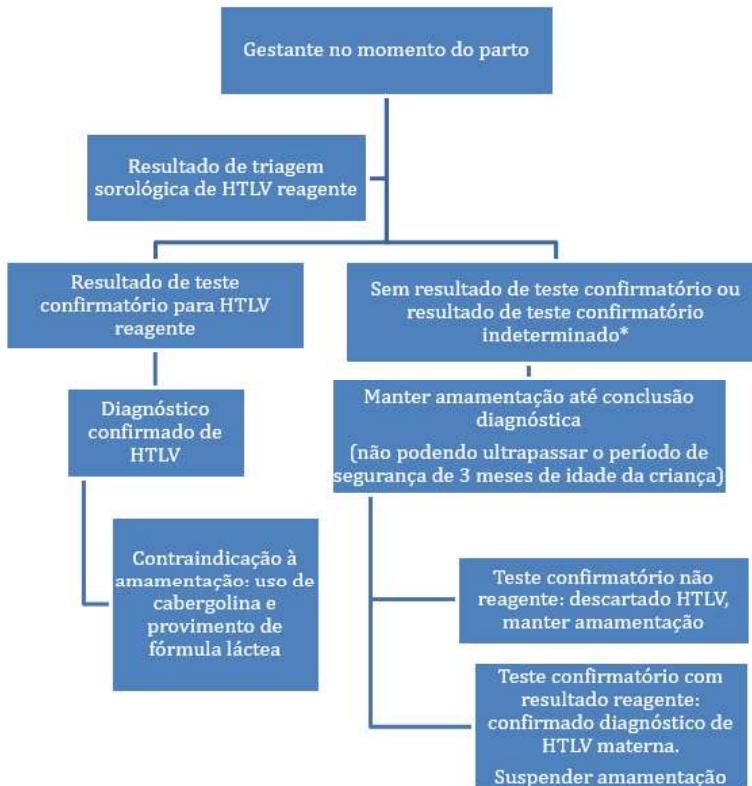


Figura 3 – Fluxograma de decisão sobre amamentação em gestante/puérpera no momento do parto, a depender dos resultados dos testes de diagnóstico de HTLV

Fonte: Dathi/SVS/MS.

*Caso a gestante apresente manifestações associadas com ATL, HAM/TSP e/ou outras doenças associadas ao HTLV-1 e/ou haja casos de HTLV na família, recomenda-se a suspensão da amamentação, com administração de cabergolina e o fornecimento de fórmula láctea via SUS para as crianças expostas até a obtenção do resultado do exame confirmatório para HTLV.

Por se tratar de uma decisão compartilhada, caso a gestante, parturiente ou puérpera – devidamente informada sobre os benefícios do leite materno para a criança, sobre a ausência de evidências de aumento de risco de transmissão de HTLV pela amamentação nos primeiros 3 meses de vida e sobre a probabilidade de resultado falso reagente (falso positivo) em teste de triagem – opte por não amamentar, essa decisão necessita ser respeitada. Nesses casos, deve-se garantir a oferta de fórmula láctea ao recém-nascido. Caso o diagnóstico de HTLV não seja confirmado posteriormente e a amamentação não possa ser restabelecida, o fornecimento de fórmula láctea para a criança deve ser mantido até os 6 meses de vida, considerando-se o mesmo fluxo utilizado para as crianças expostas ao HIV.

Após o parto, o binômio puérpera e criança deve ser acompanhado em serviço de saúde, de acordo com a organização da rede de saúde local.

Nos casos confirmados de HTLV, a criança exposta deve ser testada a partir dos 18 meses de idade com o mesmo fluxograma diagnóstico do adulto, para confirmação ou exclusão de transmissão vertical de HTLV.

V RECOMENDAÇÕES SOBRE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HTLV

A seguir apresentam-se recomendações para as consultas de seguimento de crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HTLV-1/2:

1. Acompanhamento nos Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)

Consultas de rotina para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento: na primeira semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, e anualmente até os 10 anos de idade, conforme a Caderneta da Criança¹¹.

2. Acompanhamento nos Serviços de Atenção Especializada (SAE)

Em caso de disponibilidade, recomenda-se definição de fluxo local com o cuidado compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde e o Serviço de Atenção Especializada, com consulta no SAE nos períodos de 1, 3, 6, 9, 12 e 18 meses.

Primeira consulta em SAE:

- Avaliação do ganho ponderal, desenvolvimento neuropsicomotor e exame físico geral.
- Avaliação da aceitação da fórmula, incluindo volume oferecido, diluição, preparo e intervalos entre as refeições.
- Orientações gerais para os responsáveis.

Consultas subsequentes em SAE:

- Seguimento clínico com avaliação geral e orientações alimentares com base no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos¹².
- Fortalecimento do vínculo com a instituição de saúde.
- Acompanhamento conjunto com a APS.

Exames laboratoriais:

- Sorologia para HTLV-1/2: realizar a partir dos **18 meses de idade**, para definição diagnóstica, conforme fluxograma do Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV².
 - Nos casos em que a infecção por HTLV for descartada, a criança deverá permanecer em acompanhamento na APS, conforme orientações da Caderneta da Criança¹¹.
 - Nos casos confirmados de transmissão vertical do HTLV, é importante estabelecer um fluxo local que assegure o cuidado compartilhado da criança vivendo com HTLV entre a APS e os SAE.

VI NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE HTLV

A infecção pelo HTLV-1/2 em adultos e HTLV-1/2 em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV é de notificação compulsória, conforme Portaria GM/MS n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3148_15_02_2024.html.

A notificação da infecção deverá ser realizada após a conclusão diagnóstica, por meio da ficha de notificação/conclusão do e-SUS Sinan e digitada nesse sistema, conforme Nota Técnica n.º 12/2025-CGIST/DATHI/SVSA/MS (https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica_no_12_2025_cgist_dathi_svsa_ms.pdf/view).

O registro da solicitação dos exames de triagem e confirmatório, bem como seus respectivos resultados, deverão ser registrados no e-SUS/PEC no módulo de acompanhamento de pré-natal.

VII CONCLUSÕES

O fluxo de testagem de HTLV-1/2 na gestação encontra-se em processo de estruturação em nível nacional. Aos municípios e estados que se anteciparem à realização da testagem, é necessário implantar o fluxograma completo para testagem de gestantes no pré-natal, composto por teste de triagem e teste(s) confirmatório(s) (WB ou LIA e molecular, quando indicado).

A partir da publicação da presente nota, fica recomendada a cirurgia **cesariana como via de nascimento preferencial para gestantes e parturientes** vivendo com HTLV.

A **amamentação não é recomendada** para crianças nascidas de pessoas com **diagnóstico confirmado de infecção pelo HTLV-1 ou 2 (teste de triagem E confirmatório reagentes)**. Nos casos de realização incompleta do fluxograma de testagem, é importante a realização de teste confirmatório (sorológico ou molecular) para conclusão diagnóstica o mais rápido possível.

As recomendações presentes nesta nota podem ser atualizadas de acordo com a publicação de novas evidências científicas sobre o tema de HTLV e prevenção da transmissão vertical.

PÂMELA CRISTINA GASPAR

Coordenadora-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis - DATHI/SVSA

DRAURIO BARREIRA

Diretor do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis - SVSA

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA

OLÍVIA LUCENA DE MEDEIROS

Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Integral - DGCI/SAPS

VIII REFERÊNCIAS

1. Assone T, Casseb J. HTLV-1 in Brazil: epidemiological scenario in the highest endemic country in the world. AIDS Rev. 2023;25(4):181-183. DOI: 10.24875/AIDSRev.M23000067. PMID: 38206791.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União 2024 Sep 13;1(178):90.
5. Prates G, Paiva A, Haziot ME, Fonseca LAM, Simid J, Marcusso RMDN et al. Could Cesarean Delivery Help Prevent Mother-to-Child Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type 1? J Infect Dis. 2023 Dec 20;228(12):1766-1775. DOI: 10.1093/infdis/jiad219. PMID: 37386934.
6. Itabashi K, Miyazawa T, Uchimaru K. How Can We Prevent Mother-to-Child Transmission of HTLV-1? Int. J. Mol. Sci. 2023;24:6961. DOI: 10.3390/ijms24086961.
7. Tezuka K, Fuchi N, Okuma K, Tsukiyama T, Miura S, Hasegawa Y et al. HTLV-1 targets human placental trophoblasts in seropositive pregnant women. J Clin Invest. 2020 Nov 2;130(11):6171-6186. DOI: 10.1172/JCI135525. PMID: 33074247; PMCID: PMC7598071.
8. Rosadas C, Taylor GP. Mother-to-Child HTLV-1 Transmission: Unmet Research Needs. Front. Microbiol. 2019;10:999. DOI: 10.3389/fmicb.2019.00999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Itabashi K, Miyazawa T. Mother-to-Child Transmission of Human T-Cell Leukemia Virus Type 1: Mechanisms and Nutritional Strategies for Prevention. Cancers 2021;13:4100. DOI: 10.3390/cancers13164100.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 265 p.: il.

 Documento assinado eletronicamente por **Pâmela Cristina Gaspar, Coordenador(a)-Geral de Vigilância e das Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 09/12/2025, às 17:34, 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 **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 09/12/2025, às 17:50, 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 **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 11/12/2025, às 08:53, 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 **Olivia Lucena de Medeiros, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 12/12/2025, às 16:33, 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 Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 15/12/2025, às 13:09, 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](#).

 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 **0052233347** e o código CRC **302B84FA**.