



1. **ASSUNTO**
- 1.1. Orientações sobre prevenção, controle e vigilância da hepatite A no contexto de enchentes, inundações e alagamentos decorrentes de chuvas intensas, incluindo recomendações relacionadas à vacinação e ao manejo de surtos.
2. **RELAÇÃO ENTRE HEPATITE A E EVENTOS DECORRENTES DE CHUVAS INTENSAS**
- 2.1. A hepatite A é uma infecção viral aguda causada pelo vírus da hepatite A (HAV), geralmente autolimitada na infância, mas que pode evoluir para formas graves, especialmente em pessoas com mais de 50 anos (Brasil, 2018). A transmissão da hepatite A ocorre pela via fecal-oral, por meio da ingestão de água e alimentos contaminados, bem como por contato interpessoal, incluindo práticas sexuais com contato oral-anal (Brasil, 2025a).
- 2.2. Enchentes, alagamentos e inundações podem aumentar o risco de transmissão da hepatite A em decorrência de diferentes fatores ambientais, sanitários e sociais (Silveira; Guasselli, 2021; São Paulo, 2023; Ayres *et al.*, 2025; Silva e Brandão, 2025; Capponi *et al.*, 2025), descritos a seguir:

- contaminação de fontes de água por esgoto doméstico e resíduos sólidos;
 - interrupção dos serviços de saneamento básico e/ou de abastecimento de água potável, comprometendo o acesso à água tratada e a manutenção das condições mínimas de higiene;
 - aumento do risco de consumo de alimentos contaminados, seja pelas condições inadequadas de preparo de alimentos e/ou pela contaminação de locais de cultivo e de abastecimento/distribuição;
 - cenário de desalojamento, com situações nos abrigos temporários e/ou durante o deslocamento forçado que podem aumentar o risco de transmissão de doenças infecciosas; e
 - aumento das condições de vulnerabilidade de grupos populacionais, como crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, comunidades ribeirinhas, povos indígenas, pessoas que usam álcool e outras drogas, entre outras.
- 2.3. O período de incubação da hepatite A varia de 15 a 45 dias, com média de 30 dias. Dessa forma, o aumento do número de casos relacionados a enchentes, inundações e alagamentos pode ocorrer semanas após o evento climático, o que reforça a necessidade de manutenção das ações de vigilância epidemiológica, investigação e monitoramento dos casos nas semanas subsequentes.
- 2.4. O aumento da frequência de eventos decorrentes de chuvas intensas reforça a necessidade de incorporar ações de prevenção, controle e vigilância da hepatite A às estratégias de mitigação e adaptação às mudanças climáticas, bem como às ações de preparação, resposta e recuperação frente aos desastres hidrometeorológicos, incluindo a integração das ações de vigilância, imunização, assistência à saúde e comunicação de risco.
- 2.5. A avaliação do risco de ocorrência de casos de hepatite A no contexto de enchentes, inundações e alagamentos deve considerar:

- Situação epidemiológica prévia da hepatite A:** a análise desses dados permite caracterizar o padrão de circulação do vírus no território, estabelecer uma linha de base para monitoramento e compreender a distribuição geográfica dos casos, o perfil epidemiológico das populações afetadas e das áreas com maior vulnerabilidade sanitária. Destaca-se que, mesmo na ausência de registros prévios de circulação do HAV no território atingido pelas chuvas intensas, é necessária a adoção de medidas preventivas, estratégias de vigilância e ações de comunicação de risco, considerando o potencial de disseminação associado às condições sanitárias após eventos hidrometeorológicos extremos.
- Cobertura vacinal contra hepatite A nos grupos com indicação para vacinação:** recomenda-se o monitoramento contínuo para identificação de áreas com baixas coberturas e bolsões de pessoas suscetíveis. A análise da cobertura vacinal demanda o registro adequado e oportuno das doses administradas no SI-PNI, no e-SUS APS, ou em sistemas próprios/terceiros integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Ações oportunas de intensificação da vacinação nas áreas afetadas e/ou em risco de enfrentarem enchentes, inundações e alagamentos devem ser realizadas, incluindo a busca ativa de indivíduos não vacinados ou com esquema vacinal incompleto.

3. **ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO, CONTROLE E VIGILÂNCIA DA HEPATITE A NO CONTEXTO DE ENCHENTES, INUNDAÇÕES E ALAGAMENTOS**

- 3.1. A integração entre serviços de saúde, equipes de vigilância epidemiológica e demais atores-chave envolvidos na resposta às emergências (como defesa civil, bombeiros, socorristas, voluntários e equipes de assistência social, dentre outros) é essencial para a resposta adequada e tempestiva ao aumento de casos e/ou surtos de hepatite A no período subsequente às chuvas intensas.
- 3.2. A organização da rede assistencial e laboratorial para o diagnóstico dos casos suspeitos, com definição de fluxos para realização do exame de pesquisa de anticorpos anti-HAV IgM e disponibilização oportuna dos resultados, é necessária para viabilizar as ações de bloqueio e controle de surtos. A organização da oferta diagnóstica e dos insumos laboratoriais deve observar as responsabilidades pactuadas entre os entes federativos (Brasil, 2018; Brasil, 2024a) e considerar os impactos logísticos decorrentes do desastre, como interdição de vias de transporte, instabilidade no fornecimento de energia elétrica e limitações de conectividade.
- 3.3. Os casos confirmados devem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da Ficha de Notificação/Investigação das Hepatites Virais (https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf), no prazo de até sete dias (Brasil, 2024b).

É considerado caso confirmado de hepatite A:

- Indivíduo com anti-HAV IgM reagente; OU
- Indivíduo que atenda à definição de caso suspeito e apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A; OU
- Indivíduo que evoluiu para óbito com menção de hepatite A na Declaração de Óbito, incluindo casos confirmados após investigação pós-óbito (Brasil, 2024b).

- 3.4. Considerando que não há tratamento antiviral específico disponível para a hepatite A e que o manejo clínico baseia-se em medidas de suporte (hidratação adequada, monitoramento clínico e manejo dos sinais e sintomas) (Brasil, 2018; Brasil, 2025a), recomenda-se a organização local dos fluxos assistenciais, junto às áreas competentes, especialmente nos casos de complicação clínica.
- 3.5. A investigação de óbitos com menção à hepatite A é recomendada para a adoção de medidas preventivas e corretivas. Deve ser realizada, preferencialmente, pelo município de ocorrência do óbito, em articulação com o município de residência e com apoio da respectiva coordenação estadual de hepatites virais. Recomenda-se que os óbitos com menção à hepatite A sejam investigados e encerrados em até 60 dias após sua ocorrência, com a qualificação dos dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) se necessário (Brasil, 2022; Brasil, 2024a).
- 3.6. Situações com alterações no padrão clínico-epidemiológico, aumento inesperado de casos ou suspeita de surtos devem ser comunicadas imediatamente, em até 24 horas, às áreas técnicas das vigilâncias epidemiológicas municipais e ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), para monitoramento e adoção oportuna das medidas de resposta. Recomenda-se que sejam conduzidas investigações sistematizadas para apoiar a identificação da fonte de infecção, a tomada de decisão em relação às medidas de controle e a formulação de recomendações adicionais (Brasil, 2022).
- 3.7. A notificação e a investigação de surtos de hepatite A devem ocorrer de forma imediata, sendo o registro realizado por meio da Ficha de Investigação de Surto (https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Surto/Investigacao_surto_v5.pdf) (Brasil, 2024a).

Surto de hepatite A: é definido pela ocorrência de dois ou mais casos da infecção, expostos a uma fonte comum em determinado lugar e período, ou que apresentem vínculo epidemiológico entre si. Para confirmação do surto, é necessário que pelo menos um dos casos apresente confirmação laboratorial para hepatite A por meio de anti-HAV IgM reagente. A partir da confirmação laboratorial inicial, os demais casos suspeitos com vínculo epidemiológico poderão ser confirmados por critério clínico-epidemiológico (Brasil, 2026b).

- 3.8. O processo de investigação do caso e/ou do surto inclui a busca ativa e o manejo dos contatos para adoção de medidas adicionais de prevenção e contenção, em especial a adoção das estratégias de bloqueio vacinal em casos de surto e pós-exposição.

4. **ORIENTAÇÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO**

- 4.1. A vacinação é a principal medida de prevenção da infecção pelo HAV. No Brasil, a vacina da hepatite A integra o Calendário Nacional de Vacinação (CNV) infantil desde 2014 e também encontra-se disponível para pessoas com condições clínicas especiais e outros grupos específicos nos serviços da Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE), incluindo pessoas em uso de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP). Os respectivos esquemas vacinais, doses e observações para cada público estão apresentados no **Quadro 1**.
- Quadro 1.** Esquema de vacinação de acordo com Calendário Nacional de Vacinação e Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Estratégia	Público	Indicação	Esquema/Dose	Observações
Rotina	Infantil	Crianças aos 15 meses de idade.	Dose única	Disponível até 4 anos, 11 meses e 29 dias, caso não vacinado oportunamente (Brasil, 2026a).
Especial	Pessoas com situações clínicas especiais (RIE/CRIE)	Suscetíveis com condições clínicas especiais, a partir de 1 ano de idade.	2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses.	Conforme critérios do Manual do CRIE (Brasil, 2023; Brasil, 2025b).
Especial	Público que faz uso da profilaxia pré-exposição à infecção pelo HIV (PrEP)	A partir de 15 anos de idade.	2 doses, conforme faixa etária, com intervalo mínimo de 6 meses.	- Se 2 doses comprovadas - não vacinar. - Se 1 dose comprovada - completar esquema. - Se comprovação de sorologia anti-HAV total ou anti-HAV IgG reagente - não vacinar (Brasil, 2025c).

Fonte: DPNI/SVSA/MS.
Nota: CRIE: Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais; RIE: Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais.

- 4.2. São ações de vacinação em situações de surto e/ou aumento do risco de transmissão do HAV:

Vacinação pré-exposição

- Intensificar a vacinação de crianças (conforme o CNV), assim como de pessoas com condições clínicas especiais e aquelas em uso de PrEP (conforme as orientações da RIE/CRIE);
- Intensificar a busca ativa de indivíduos não vacinados ou com situação vacinal desconhecida, oportunizando a vacinação; e
- Adotar estratégias de vacinação de forma antecipada em áreas afetadas ou sob risco de enchentes, inundações e alagamentos, especialmente aquelas com baixa cobertura vacinal.

Vacinação pós-exposição

- As indicações de bloqueio vacinal em casos de surto e pós-exposição são descritas no Quadro 2. Observar as recomendações vigentes do Ministério da Saúde relacionadas à vacinação de bloqueio e manejo de contactantes (Brasil, 2026b).
- Recomenda-se a vacinação de contatos suscetíveis expostos ao HAV, preferencialmente em até 14 dias após a exposição.

Quadro 2. Estratégia de bloqueio vacinal contra hepatite A em situações de surto e pós-exposição.

Estratégia	Público	Indicação	Esquema/Dose	Observações
Bloqueio	População com 12 anos ou mais	Em caso de surto, para pessoas em abrigo e/ou em instituições com alto risco de transmissão (como creches, unidades prisionais, instituições de longa permanência, dentre outras)	Dose única	Estratégia de bloqueio seletivo até 14 dias pós-exposição.
Bloqueio	Gestantes	Indicação para redução do risco de transmissão, em caso de surto, e proteção de pessoas com alto risco de complicações clínicas	Dose única	Aplicar conforme avaliação do contexto epidemiológico e avaliar risco-benefício.
Bloqueio	Contactantes sexuais	Contactantes sexuais dos casos confirmados de hepatite A	Dose única	Aplicar até 14 dias após a exposição.
Bloqueio	Contactantes domiciliares	Contactantes domiciliares de casos confirmados de hepatite A, na faixa etária entre 11 e 39 anos	Dose única	Aplicar em casos de bloqueio ou até 14 dias após a exposição.

Fonte:DPNI/SVSA/MS.

Atenção: A vacinação não é indicada para indivíduos com comprovação vacinal ou anti-HAV IgG reagente documentado, mesmo em situações de surtos. A infecção pelo HAV confere imunidade duradoura, considerada protetora por toda a vida.

4.3. O monitoramento da vacinação de bloqueio em situações de surtos e pós-exposição demanda a análise integrada das informações de doses distribuídas e doses aplicadas, número de casos de hepatite A e número de contatos identificados. Recomenda-se que as áreas técnicas responsáveis pela vigilância das hepatites virais e pelo programa de imunização analisem a proporção de contatos vacinados em tempo oportuno (preferencialmente até 14 dias após a exposição) como indicador de acompanhamento da estratégia de resposta (Brasil, 2024a; Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

4.4. Os registros das doses aplicadas da vacina de hepatite A deverão ser feitos no SIPNI, no e-SUS APS ou em sistemas próprios ou terceiros integrados com a RNDs. O registro da dose aplicada deverá garantir a identificação do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Deve-se observar se o CPF ou o CNS foi devidamente validado no Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (CADSUS).O registro da dose aplicada deverá garantir, também, a identificação da vacina, do lote, do fabricante e da dose aplicada. Demais orientações, consultar o link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pni/regras-para-registros-vacinais>.

Quadro 3. Orientação para registro de doses aplicadas

Cód. Imunobiológico	Nome Comum do Imunobiológico (Definition)	Sigla do Imunobiológico (Display)	Cód. Estratégia	Estratégia	Cód. Dose	Descrição Dose	Sigla Dose	Faixa Etária
55	vacina hepatite A infantil	Hainf	3	Bloqueio	9	Única	DU	≥ 15M a < 18A
83	vacina hepatite A adulto	Haad	3	Bloqueio	9	Única	DU	≥ 18A

Fonte:DPNI/SVSA/MS.

5. OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS E DE COMUNICAÇÃO SOBRE HEPATITE A NO CONTEXTO DE ENCHENTES, INUNDAÇÕES E ALAGAMENTOS

- Fornecer orientações acerca do manejo, armazenamento e tratamento da água disponível, incluindo fervura, utilização de hipoclorito de sódio (2,5%) e armazenamento em recipientes limpos e tampados, além de priorizar o acesso e/ou restabelecimento do fornecimento de água potável e segura para a população;
- Orientar a lavagem de frutas, verduras e legumes em água corrente. Os alimentos destinados ao consumo cru devem permanecer por 15 minutos em solução clorada preparada com 1 litro de água e 10 ml (1 colher de sopa rasa) de hipoclorito de sódio a 2,5%. O hipoclorito de sódio não deve conter fragrância e precisa apresentar orientação de uso para alimentos;
- Orientar o cozimento adequado dos alimentos antes do consumo, com atenção especial a mariscos, frutos do mar, peixes e carne suína;
- Adotar rigorosas práticas de higiene em locais com alta circulação de pessoas e instituições de longa permanência, incluindo desinfecção de objetos, bancadas e pisos com hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária;
- Promover descarte adequado dos resíduos e condições mínimas de higiene com o objetivo de reduzir os riscos à saúde. A disponibilização de insumos de higiene como sabão, álcool 70% e água potável é particularmente importante para pessoas desabrigadas ou em abrigos;
- Orientar a população sobre a higienização das mãos antes das refeições, antes de manipular ou preparar alimentos, após a preparação de alimentos ou o manuseio de resíduos de animais domésticos, bem como após a utilização do banheiro, a troca de fraldas e o contato com lixo;
- Assegurar as orientações sobre a higienização das mãos, genitália, perineo e região anal antes e depois das relações sexuais, assim como a desinfecção de vibradores, plugs anais e vaginais e/ou outros dispositivos sexuais, e intensificar o acesso a preservativos internos e externos;
- Estabelecer protocolos para segurança dos profissionais envolvidos na resposta ao desastre hidrometeorológico, como a utilização de equipamentos de proteção individual adequados, incluindo botas impermeáveis, luvas e proteção corporal. Caso seja indispensável o contato com a água, limitar o tempo de exposição ao máximo possível;
- Utilizar estratégias de comunicação acessíveis para informar a população e os profissionais envolvidos sobre modos de transmissão, sinais e sintomas, e a respeito dos fluxos e locais disponíveis para a realização de vacinação, coleta de exames e atendimento para manejo clínico;
- Reforçar a importância da vacinação conforme as recomendações vigentes e a orientação sobre outras medidas preventivas; e
- Implementar estratégias de comunicação de risco claras, oportunas e acessíveis para enfrentamento da desinformação em situações de surtos e emergências em saúde pública (Brasil, 2026b).

6. CONCLUSÃO

6.1. As medidas descritas nesta Nota Técnica devem ser adotadas de acordo com a avaliação epidemiológica local e em consonância com as normativas vigentes do Ministério da Saúde.

6.2. Para maiores esclarecimentos, entrar em contato por meio do e-mail hy@saude.gov.br e/ou do telefone: (61)3315-8914.

7. REFERÊNCIAS

AYRES, Ana Beatriz Nascimento; CAVALCANTI, Ana Paula Pinto; OLIVEIRA, Meire Jane Lima de; SAMPAIO, Renelson Ribeiro; TRAVASSOS, Kisto Lucas. Desastres ambientais e a interface com a Saúde Única no Rio Grande do Sul: desafios e perspectivas. JBTH - Journal of Brazilian Tourism and Hospitality, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 492, 2025. DOI: <https://doi.org/10.34178/jbth.v8i2.492>. Disponível em: <https://www.jbth.com.br/index.php/JBTH/article/view/492>. Acesso em: 6 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Guia para investigações de surtos ou epidemias. 2. ed.

BRASIL. DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/livros/guia-para-investigacoes-de-surtos-ou-epidemias/view>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/livros-e-manuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao/view>. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v6_destro.pdf. Acesso em: 11 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia das hepatites virais: uma abordagem para a Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.623, de 14 de fevereiro de 2025. Institui a Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações; Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica Conjunta nº 184/2025-DPNI/DATH/SVSA/MS: disponibilização da vacina hepatite A para público que faz uso da profilaxia pré-exposição da infecção pelo HIV (PrEP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-184-2025-dpni-dathi-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis; Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica Conjunta nº 2/2026 – CGH/DATH/SVSA/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b.

CARPONI, R. L.; CUNHA, C. B. de S.; CRIPPA, A. B.; WARSCHAUER, D. Avaliação da equipe de imunizações no período das enchentes de 2024: relato de experiência. Revista de Enfermagem da UFMS, [s. l.], v. 15, p. e27, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769292726>. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/revfem/article/view/92726>. Acesso em: 13 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Emergência e desastres: preparação e resposta do setor saúde. Brasília, DF: OPAS, 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjan”. Doenças transmitidas por água e alimentos em épocas de enchentes. São Paulo: SES-SP, 2023.

SILVA, Thalita Gomes; BRANDÃO, Jéssica Daniella Damasceno. Perfil clínico e epidemiológico das doenças infecciosas associadas às enchentes no Amazonas: uma revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 4917-4932, nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.51891/revista.v11i11.23042>. Disponível em: <https://periodicosemexa.org.br/revista/article/view/23042>. Acesso em: 15 abr. 2026.

SILVEIRA, Peterson Oliveira; GUASSELLI, Laurindo Antonio. Relação entre casos de hepatite A e áreas de inundação, município de Encantado, Rio Grande do Sul, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 721-728, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202026130592018>. Acesso em: 10 abr. 2026.

 Documento assinado eletronicamente por **Tiemí Arakawa, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Hepatites Virais**, em 17/06/2026, às 18:56, 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 **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 19/06/2026, às 08:23, 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 **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 22/06/2026, às 15:43, 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=do_documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0056097436** e o código CRC **8CA6C3AD**.