

**NOTA TÉCNICA Nº 3/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA**

Processo nº 25351.912546/2023-51

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica em Portos, Aeroportos e Fronteiras em resposta a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada a Poliomielite.

1. RELATÓRIO

Em 20/02/2025 foi divulgada a Nota Técnica nº 2/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS que revogou as recomendações para ações de vigilância epidemiológica das PFA junto aos refugiados/repatriados Ucrânia, a qual recomendava medidas de saúde para esses viajantes, incluindo a coleta amostra de fezes das crianças menores de quinze anos para rastrear a circulação de poliovírus, independente do estado de saúde. (BRASIL,2025).

Em 6 de março de 2025, durante a 41ª Reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI) sobre a disseminação internacional do poliovírus, foram revisados os dados sobre o poliovírus selvagem (WPV1) e os poliovírus circulantes derivados da vacina (cVDPV) no contexto da meta global de interrupção e certificação da erradicação do WPV1 até 2027 e interrupção e certificação da eliminação do cVDPV2 até 2029. Foi mantida a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (EPSPII) para a doença e recomendações de medidas para os países afetados (WHO,2025).

2. ANÁLISE

A poliomielite, também conhecida como paralisia infantil, é uma doença altamente infecciosa, que afeta principalmente crianças. É causada pelo Poliovírus, um vírus RNA, da família Picornavírus. A doença pode ser causada por três tipos de poliovírus antigenicamente distintos: tipos 1, 2 e 3, cujo hábitat é o tubo digestivo do homem, seu reservatório natural. O vírus tem neurotropismo e manifesta-se como síndrome gripal e/ou entérica, além de formas meníngeas e plégicas (formas paralíticas). A transmissão ocorre quando os vírus da pólio penetram no organismo por contato direto pessoa a pessoa, por via fecal-oral através de objetos ou alimentos contaminados ou através de gotículas de secreção de orofaringe. O período de incubação ocorre entre 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias. (BRASIL,2025)

O período de transmissibilidade pode ocorrer antes do aparecimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções de orofaringe 36 a 72 horas após a infecção, e a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e, nas fezes, por volta de três a seis semanas, enquanto nos indivíduos reinfectados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos. (BRASIL, 2025)

É um vírus de alta infectividade (100%), mas baixa patogenicidade (que varia de 0.1 a 2%) em indivíduos acometidos. Aproximadamente 90-95% das infecções pelo poliovírus em crianças suscetíveis são assintomáticas ou apresentam sintomas sistêmicos leves, característicos de uma síndrome gripal e/ou entérica, correspondendo ao estágio de viremia. (BARRET, 2024).

Devido ao neurotropismo viral, as lesões ocorrem preferencialmente na substância cinzenta dos cornos anteriores da medula com degeneração dos corpos neuronais, desmielinização e degeneração dos axônios. A forma meníngea asséptica inicialmente se apresenta com sintomas inespecíficos e posterior surgimento de sinais de irritação meníngea. A forma paralítica se inicia com sintomas inespecíficos

seguida por um período sem sintomas de um a três dias. Subitamente o paciente evoluiu com paralisia flácida assimétrica com arreflexia do membro envolvido. Pode acometer qualquer grupo muscular, mas é mais comum nos membros inferiores. A sensibilidade geralmente está preservada. A paralisia residual pode estar presente em aproximadamente dois terços dos pacientes, após 60 dias do início da doença. (BRASIL,2022)

A poliomielite bulbar, que é caracterizada pela injúria dos nervos cranianos com paralisia do diafragma e ou músculos intercostais, leva o paciente a dependência de ventilação respiratória assistida. Infelizmente, muitas crianças estão deixando de ser vacinadas por várias razões, incluindo baixa percepção sobre os riscos da pólio, insegurança e resistência à vacinação, dificuldade de alcance em locais remotos, movimentos populacionais e conflitos étnicos. Isso significa que algumas regiões estão em risco de reintrodução da poliomielite devido à incapacidade de prevenir um surto por um eventual caso importado ou por um surgimento de poliovírus derivado vacinal. (KOTEI et CLARKE, 2024).

2.1. Cenário epidemiológico das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite

Os casos de poliomielite pelo vírus selvagem diminuíram substancialmente quando, na Assembleia Mundial de Saúde de 1988, governantes de todos os países se comprometeram com a Iniciativa para Erradicação Global da Pólio proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O plano de erradicação contava com ações de vigilância epidemiológica, imunizações, contenção laboratorial, vigilância ambiental, comunicação social, entre outros, e tinha por objetivos principais detectar e interromper a transmissão do poliovírus e fortalecer os programas de imunização. Dessa forma, a incidência da doença foi reduzida em mais de 99% e o número de países com pólio endêmica foi reduzido de 125 para 3 países. (Afeganistão, Paquistão e Palestina - Faixa de Gaza). (WHO, 2025)

Entre os três tipos de poliovírus selvagem, o tipo 2 foi declarado erradicado em 2015, e o tipo 3 não é detectado desde 2012. No últimos anos anteriores a 2020, apenas 22 casos de um único sorotipo (wild poliovirus 1- WPV1) foram notificados em 2017 no Afeganistão e no Paquistão, dois dos três países com transmissão endêmica do poliovírus. Isso representa um aumento de 283% nos casos de paralisia no Afeganistão e um aumento de 550% no Paquistão em comparação com todo o ano de 2023. (WHO, 2024).

Desde a última reunião do Comitê de Emergência, 36 novos casos de WPV1 foram relatados, três no Afeganistão e 33 no Paquistão, elevando o total para 99 casos de WPV1 em 2024 e três em 2025. Isso representa um aumento de mais de quatro vezes no Afeganistão e mais de 12 vezes no Paquistão no número de casos de WPV1 entre 2023 e 2024. Tanto o Afeganistão quanto o Paquistão continuam a implementar um cronograma de campanha intensivo e em grande parte sincronizado, com foco na melhoria da cobertura vacinal nas zonas endêmicas e na resposta eficaz e oportuna às detecções de WPV1 em outras partes de cada país. (WHO,2025)

Nas américas, em agosto de 2024, em uma amostra ambiental coletada em Caiena, Guiana Francesa, foi positiva para o poliovírus tipo 3 derivado da vacina (VDPV3) (OPAS,2024).

O Brasil não detecta casos da doença pelo vírus selvagem há 30 anos e recebeu o certificado de erradicação em 1989, graças às campanhas de vacinação que iniciaram no país em 1962. Entre 1968 e 1989, o Brasil contabilizou mais de 26 mil casos de poliomielite, de acordo com os dados do Ministério da Saúde. Embora existissem projetos municipais e estaduais para vacinação das crianças contra esse vírus, a primeira campanha nacional de imunização contra a poliomielite foi lançada oficialmente em 1980, em consonância com um esforço mundial para a erradicação dessa doença, que está em curso até hoje. (BRASIL, 2025)

Não há relato de casos importados de Paralisia Flácida Aguda (PFA) pelo poliovírus no Brasil, que mantém compromissos internacionais assumidos para a eliminação da poliomielite com ações realizadas pelos três níveis de gestão (municípios, estados e União) e tem envidado esforços para o cumprimento dos mesmos. (BRASIL,2024).

É possível acompanhar as informações oficiais da situação de países com casos da vírus selvagem e derivado vacinal na internet no endereço <https://polioeradication.org/>

2.2. Vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielites no Brasil

A Lei 9.782/99 que criou a Anvisa, estabeleceu como competência, dentre outras, em seu Art. 7º, §3º, que "as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde."

Por sua vez, a Lei nº 6.259/75 que organiza as ações de Vigilância Epidemiológica, estabelece que:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

Finalmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, atualizada pela Portaria GM/MS nº 5.201, de 15/08/2024, estabelece que é de notificação compulsória imediata (até 24 horas) aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), casos suspeitos e confirmados de Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda (CID-10 : A80).

A notificação deve ser enviada ao órgão de vigilância epidemiológica para registro no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, o SINAN, por meio do preenchimento e do envio da Ficha de Investigação disponível na internet no endereço <https://portalsinan.saude.gov.br/paralisia-flacida-aguda-poliomielite>

Além disso, todo caso suspeito de PAV e/ou PVDV deve ser notificado no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV), por intermédio da Ficha de Investigação/Notificação de Evento Adverso Pós-vacinação realizada diretamente no e-SUS Notifica, disponível na internet no endereço <https://notifica.saude.gov.br>. Todo caso de PFA deve ser investigado, nas primeiras 24 horas após o conhecimento, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso. Essa medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação.

Casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda são um Evento de Saúde Pública e devem ser comunicados para o CIEVS Nacional pelos canais:

- E-mail: notifica@saude.gov.br
- Telefone: 0800.644.6645

O Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2024), para fins de vigilância epidemiológica, traz os seguintes critérios para definições de caso de Poliomielite:

SUSPEITO :

- Todo caso de deficiência motora "ácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora "aguda, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite. `

CONFIRMADO

- Poliovírus selvagem: caso de PFA, em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora.
- Poliomielite associada à vacina (PAV): caso de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora.

Há dois tipos: PFA, que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e que apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor; caso de poliomielite associado à vacina por contato: PFA que surge após contato

com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes. A paralisia surge de 4 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o déficit motor.

Observação: em qualquer das situações anteriores, o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes e sequela neurológica compatível com poliomielite são condições imprescindíveis para que o caso seja considerado como associado à vacina.

- Poliovírus derivado vacinal: caso de PFA com sequela 60 dias após o início do déficit motor e isolamento de PVDV. Para poliovírus tipo 1 e 3 com mutação no gene de codificação da proteína VP1 maior ou igual a 1,0% e igual ou superior a 0,6% para poliovírus tipo 2.
- Poliomielite compatível: caso de PFA que não teve coleta adequada na amostra de fezes e que apresentou sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.

DESCARTADO

- Descartado (não poliomielite): caso de PFA no qual não houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes, ou seja, amostra coletada até 14 dias do início da deficiência motora em quantidade e temperatura satisfatórias.

A principal medida de proteção contra a poliomielite é a manutenção de elevadas coberturas com as vacinas oral e injetável na rotina e nas campanhas de vacinação em massa. O Brasil adotou um novo esquema vacinal contra a poliomielite a partir de 2024, passando a aplicar apenas a vacina inativada poliomielite (VIP), que é injetável. As “Gotinhas” (vacina oral) deram lugar a uma dose da VIP. (BRASIL, 2022).

Embora tenha sido erradicada no Brasil e algumas discussões sobre a suspensão da vacina tenham ocorrido, o risco de recrudescência devido a globalização foram cruciais para definição da manutenção da vacina. A cobertura vacinal deve ser mantida acima de 95% para evitar acúmulo de susceptíveis. A vacinação de grupos de risco deve ser considerada diante da identificação de um caso de poliomielite, dessa forma, recomenda-se a vacinação com VOP de forma indiscriminada para menores de 5 anos na área de abrangência do caso. (BRASIL, 2024).

Com base no cenário epidemiológico da Poliomielite na Ucrânia, onde os últimos casos de PFA foram em 2021, a SVSA/MS informa que NÃO é mais recomendado realizar coleta de amostra de fezes para pesquisa de PVS ou PVDV em migrantes/refugiados/repatriados assintomáticos, procedentes da Ucrânia e também de qualquer outro país. A coleta de amostra deve ser realizada somente se o indivíduo atender à definição de caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA). (BRASIL, 2024).

2.3. Vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite em portos e aeroportos

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional. Nesse intuito a referida RDC definiu, em síntese, que portos, aeroportos e plataformas de petróleo devem manter planos de contingência e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

2.3.1. Avaliação de riscos para a saúde pública relacionados à Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda: implicações para portos e aeroportos

A OMS classifica o risco relacionado aos surtos referidos acima como muito alto em nível nacional dos países afetados, alto em nível sub-regional, moderado em nível regional e baixo em nível global. Nas Américas, “têm sustentado uma baixa cobertura de vacinação e sistemas de vigilância ainda em insuficientes, representa uma ameaça de emergência do vírus e a subsequente circulação dele” (OPAS, 2022).

O Brasil não possui voos diretos para os países endêmicos, Paquistão e Afeganistão, e limitado fluxo internacional de viajantes desses países, o que reforça o baixo risco da importação de casos.

Considerando que a transmissão das PFA ocorre por contato direto pessoa - pessoa, por via fecal-oral através de objetos ou alimentos contaminados ou através de gotículas de secreção de orofaringe, e com período de incubação que pode variar de dois a 30 dias e que o período de transmissibilidade pode ocorrer antes do aparecimento das manifestações clínicas, os portos e aeroportos designados deverão estar atentos e aptos a identificar casos suspeitos e apoiar o rastreamento de potenciais casos identificados em serviços de saúde. A infecção apresenta alta transmissibilidade e requer medidas urgentes de contenção e monitoramento, além da Notificação compulsória em 24 hs.

Além disso, faz-se necessário a atenção contínua em observar a malha aérea e rotas marítimas que ligam o Brasil aos países com surtos para as PFA. A eventual ocorrência de caso suspeito ou confirmado se trata de um ESPII, devendo ser adequadamente gerido e contemplado em protocolos e procedimentos do Plano de Contingência do porto, aeroporto e plataforma de petróleo.

Na avaliação de riscos é importante destacar que há uma ESPII vigente, e sempre que há ESPII, são emitidas recomendações de medidas. Nesse caso precisamos explicitar que não há medidas adicionais ou específicas para pontos de entrada. Portanto, conforme recomendações da OMS, apenas para os países afetados pela PFA/Poliomielite há recomendação para medidas específicas de enfrentamento aos novos casos, como também medidas específicas de bloqueio vacinal, melhoria da infraestrutura sanitária, oferta de água potável e busca de casos e contactantes. (WHO, 2025).

Os fatores contribuintes à manutenção do risco incluem:

- Imunização de rotina abaixo do ideal: muitos países têm sistemas de imunização frágeis que podem ser ainda mais impactados por emergências humanitárias, incluindo conflitos e emergências complexas e prolongadas. Isso representa um risco crescente, deixando as populações desses estados frágeis vulneráveis a surtos de poliomielite.
- Insegurança e conflitos contínuos em muitas áreas são a fonte de transmissão do cVDPV.
- Falta de acesso a vacina: a inacessibilidade continua sendo um grande risco, principalmente no norte do Iêmen e na Somália, que têm populações consideráveis que não foram vacinadas contra a poliomielite por longos períodos de mais de um ano.
- O atual ambiente de recursos limitados desafia ainda mais a implementação completa e eficaz de atividades críticas de erradicação.

Em resumo, os dados disponíveis indicam que a transmissão global do WPV1 está geograficamente limitada aos dois países endêmicos; no entanto, houve disseminação geográfica e intensificação da transmissão dentro dos dois países endêmicos em 2024. (WHO,2025)

2.3.2. Medidas de saúde para portos e aeroportos

Frente ao cenário epidemiológico atual, **não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.**

Considerando a necessidade de manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos suspeitos, prováveis, confirmados e em investigação laboratorial;
- Divulgar as definições de caso aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses;
- Ao detectar caso suspeito de Poliomielite, realizar avaliação do risco, e acionar a autoridade competente para avaliar a ativação do Plano de Contingência do Porto ou do Aeroporto;
- Avaliar necessidade de capacitação/reciclagem dos trabalhadores envolvidos no fluxo de resposta quanto ao uso indicado de EPIs, realização de PLD e gerenciamento de resíduos sólidos; e

- É indicado isolamento entérico para casos suspeito de PFA, como uso de vasos sanitários exclusivos, descarte das fezes em rede de esgoto além desinfecção de materiais contaminados, por seis semanas durante o período de transmissibilidade.

2.3.3. Orientação a viajantes

No momento atual não é indicado divulgação de materiais informativos relativo a Poliomielite/PFA.

Informações atualizadas sobre doenças que fazem parte das PFA podem ser obtidas na internet no portal do Ministério da Saúde nos endereços:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/poliomielite>

3. CONCLUSÃO

Em março de 2025, a OMS decidiu por unanimidade manter a poliomielite como Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) e recomendou a prorrogação de orientações temporárias.

Entretanto, no atual cenário, não há indicação para adoção de medidas restritivas para viagens e para comércio com os países com casos confirmados. Assim, o risco de adquirir uma infecção inserida nos critérios de PFA/Poliomielite devem ser considerados em viagens internacionais a países com surtos em vigência, uma vez considerando a alta transmissibilidade do poliovírus (WHO,2025).

Nesse cenário epidemiológico, não há indicação de medidas de saúde temporárias. Mantém-se a ênfase, em portos e aeroportos, na identificação precoce de casos suspeitos e seu gerenciamento, bem como no apoio à investigação epidemiológica e monitoramento dos contatos, em atuação coordenada com os entes do SUS.

Atingir coberturas vacinais para poliomielite acima de 95% serão fundamentais ao intuito de mantermos nosso país livre da pólio até que a erradicação global seja alcançada. A erradicação da poliomielite exige esforço mundial para bloquear a transmissão desse vírus altamente contagioso. Para isso, além de um sistema de vigilância epidemiológica sensível, é primordial manter a elevada cobertura vacinal na população como um todo.

As recomendações descritas nessa Nota Técnica serão atualizadas sempre que a evolução do cenário epidemiológico e definições do Ministério da Saúde requererem alteração das medidas de saúde a serem adotadas em portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde : volume 1 [recurso eletrônico]*– 6. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 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> Acessado em 06/03/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde* – 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acessado em 03/06/2025

BARRET, A. Close to the finish of the polio endgame. *Nature*, Vol 619, 6 July 2023. Disponível em <https://www.nature.com/articles/d41586-023-01773-9>. Acessado em, 18/03/2025.

KOTEI, L., CLARKE, E. Novel oral poliovirus vaccine type 2 is an important eradication tool, but reaching every last child remains vital. *The Lancet Infectious Diseases*. 24, 4, April 2024. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00781-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00781-8/abstract) Acesso em 18/03/2025

OPAS. *Avaliação de risco Avaliação de Rico sobre poliomielite (pólio): implicações para a Região das Américas* (abril de 2023), 2023. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2023->

[04/2023abrilavaliacao-riscopoliophepor.pdf](#). Acessado em 03/06/2025.

WHO. Mass polio-vaccination campaign to continue in the gaza-strip. Disponível em <https://www.who.int/news/item/19-02-2025-mass-polio-vaccination-campaign-to-continue-in-the-gaza-strip>. Acessado em 20/02/2025.

WHO. Poliomyelitis. 2024. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>. Acessado em 21/02/2025.

WHO. Statement of the forty-first meeting of the Polio IHR Emergency Committee. 10 April 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/10-04-2025-statement-of-the-forty-first-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee> . Acessado em 16/04/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 04/06/2025, às 09:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 04/06/2025, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Lima Vieira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados**, em 04/06/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **3453556** e o código CRC **E8162C4B**.