Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses

NOTA TÉCNICA Nº 79/2026-CGARB/DEDT/SVSA/MS

1. ASSUNTO

1.1. Atualização do cenário epidemiológico da febre do Nilo Ocidental e orientações para a vigilância.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A febre do Nilo Ocidental (FNO) é uma doença febril aguda causada pelo arbovírus *Orthoflavivirus nilense* (WNV), transmitido por mosquitos, principalmente do gênero *Culex*. Descrito inicialmente na África, sua circulação manteve-se restrita aos continentes Europeu, Africano e Asiático durante décadas. Em 1999, o WNV emergiu no continente americano a partir dos Estados Unidos da América, disseminando-se posteriormente para o Canadá e o México, seguido de países das Américas Central e do Sul. Diante do cenário de dispersão do vírus em curso no continente, em 2003 foi estruturada no Brasil a vigilância epidemiológica da FNO, com base nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS).

2.2. As primeiras evidências da circulação do WNV no Brasil foram obtidas por meio de estudos sorológicos em aves silvestres de vida livre e em equídeos no Pantanal, em 2011. Posteriormente, em 2014, a confirmação do primeiro caso humano de encefalite pelo WNV no Brasil, no estado do Piauí (Vieira et al., 2015), representou um marco para a vigilância epidemiológica nacional. Este evento desencadeou uma ampla investigação epidemiológica no local provável de infecção, incluindo inquéritos sorológicos em humanos, aves silvestres e domésticas, equídeos e mosquitos, consolidando a abordagem integrada entre vigilância humana, animal e ambiental. Desde então, detecções do WNV em equídeos e humanos vêm sendo identificadas esporadicamente em diversos estados do país, com destaque para o Piauí, que reúne a maior casuística.

2.3. Outros marcos relevantes para a vigilância epidemiológica da doença foram (i) o primeiro isolamento de WNV a partir de amostra de equídeo com manifestações neurológicas, no estado do Espírito Santo, em 2018 (Martins et al., 2019), evidenciando a circulação ativa do vírus no território nacional, e (ii) o primeiro isolamento do vírus em amostra de mosquitos do subgênero *Culex (Melanoconion) sp*. no Pará, em 2020 (Neto et al., 2023), sugerindo o estabelecimento do vírus a partir de um ciclo de manutenção na natureza.

3. DETECÇÕES RECENTES DE WNV

3.1. Entre 2014 e 2025, foram registrados 13 casos humanos de febre do Nilo Ocidental no Brasil, nos estados do Piauí (8), Tocantins (2), Minas Gerais (1), Maranhão (1) e Mato Grosso (1).

3.2. Em 2026, foram confirmados quatro novos casos humanos, sendo dois em Santa Catarina e dois em São Paulo, além da identificação de um caso provável no Piauí.

3.3. Em Santa Catarina, o primeiro caso ocorreu em indivíduo do sexo feminino, 77 anos, residente em Imbituba, com início dos sintomas em 25 de junho de 2026. A paciente apresentou fraqueza, tontura e cefaleia, com posterior agravamento neurológico, encefalite, diminuição de força em membros inferiores e quadro de confusão mental. Evoluiu para o óbito em 8 de agosto, tendo como causa do óbito registrada um acidente vascular cerebral (AVC), cuja associação com a infecção pelo WNV permanece em investigação. Sem histórico de deslocamentos recentes relevantes (última saída de Itapirubá/Imbituba em abril de 2026, reforçando a hipótese de provável transmissão local). O diagnóstico laboratorial resultou detectável no RT-PCR para o genoma do WNV em amostra de líquor colhida em 03 de agosto.

3.4. O segundo caso de Santa Catarina ocorreu em indivíduo do sexo masculino, 56 anos, residente em Caçador, com início dos sintomas em 21 de julho de 2026. O paciente apresentou desorientação, vertigem, fraqueza e dificuldade para permanecer em pé sem auxílio. Durante a investigação, recebeu hipótese diagnóstica de Síndrome de Susac. Evoluiu para a cura. Sem relato de viagens nos últimos meses, reforçando a hipótese de provável transmissão local. O diagnóstico laboratorial resultou detectável no RT-PCR para o genoma do WNV em amostra de líquor colhida em 29 de julho.

3.5. Em São Paulo, o primeiro caso foi confirmado em indivíduo do sexo feminino, 34 anos, residente em Ribeirão Preto, com início dos sintomas em 4 de junho de 2026. Cursou com cefaleia, edema ocular importante, dor retro-orbitária, fadiga e mialgia, sem relato de febre. Posteriormente, evoluiu com papiledema e hipertensão intracraniana, tendo sido internada entre os dias 21 e 31 de julho. Há relato de deslocamento para Parintins/AM no período de 30 de maio a 6 de junho, e nega ter frequentado áreas de mata, floresta ou ambientes ribeirinhos e ter tido contato com rios, lagoas, cachoeiras ou cavernas, e para Cristina/MG, em 20 de junho e em 17 de julho, com curta permanência em área rural. O local provável de infecção permanece em investigação. O diagnóstico laboratorial resultou detectável no RT-PCR para o genoma do WNV em amostras de sangue e líquor colhidas em 24 de julho.

3.6. O segundo caso de São Paulo foi identificado em indivíduo do sexo feminino, 18 anos, residente em São José do Rio Preto, com início dos sintomas em 29 de julho de 2026 (embora existam registros de cefaleia, alteração de consciência e fotofobia com data de 08 de julho de 2026, devendo essas datas serem revisadas). Apresentou quadro com febre, cefaleia, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, vômitos, fraqueza, anorexia, sonolência, tremores, convulsões, paralisia/flacidez e rigidez de membros superiores e petéquias. A paciente foi internada em 8 de agosto (evolução clínica em acompanhamento). Relata exposição a mosquitos e permanência em sítio em Miracatu/SP, de 30 de abril a 06 de maio. O diagnóstico laboratorial resultou detectável no RT-PCR para o genoma do WNV em amostra de líquor colhida em 10 de agosto.

3.7. No Piauí, o caso provável corresponde a indivíduo do sexo feminino, 35 anos, residente na zona rural de Canavieira, com data de início dos sintomas em 12 de abril de 2026. Apresentou parestesia e paralisia bilateral de membros inferiores, de início insidioso e padrão ascendente, com quadro clínico compatível com Síndrome de Guillain-Barré (polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda). A paciente evoluiu com melhora parcial e alta hospitalar. O diagnóstico laboratorial resultou indeterminado (S1) e reagente (S2) para a presença de anticorpos da classe IgM anti-WNV e não reagente para outros arbovírus no ELISA IgM em ambas as amostras de soro, colhidas em 28 de abril e em 08 de maio. A classificação final pode ser revisada, a depender da viabilidade de realização e dos resultados do teste de neutralização por redução de placas (PRNT).

3.8. Com essas novas detecções, o Ministério da Saúde registra 17 casos humanos confirmados de febre do Nilo Ocidental e um caso provável no Brasil no período de 2014 a 2026. No mesmo período, 12 detecções em equídeos foram confirmadas (**Figura 1**). Os registros em estados de todas as macrorregiões e em diversos biomas alertam para a ampla distribuição do WNV no país. Esse cenário demanda, em todo o território nacional, (i) a intensificação da vigilância da FNO em hospedeiros animais, a fim de identificar precocemente a circulação viral e o risco de infecção em humanos, e (ii) a estruturação da vigilância de doenças neuroinvasivas por arbovírus, a fim de esclarecer o perfil epidemiológico do WNV e estimar a carga da doença no Brasil.

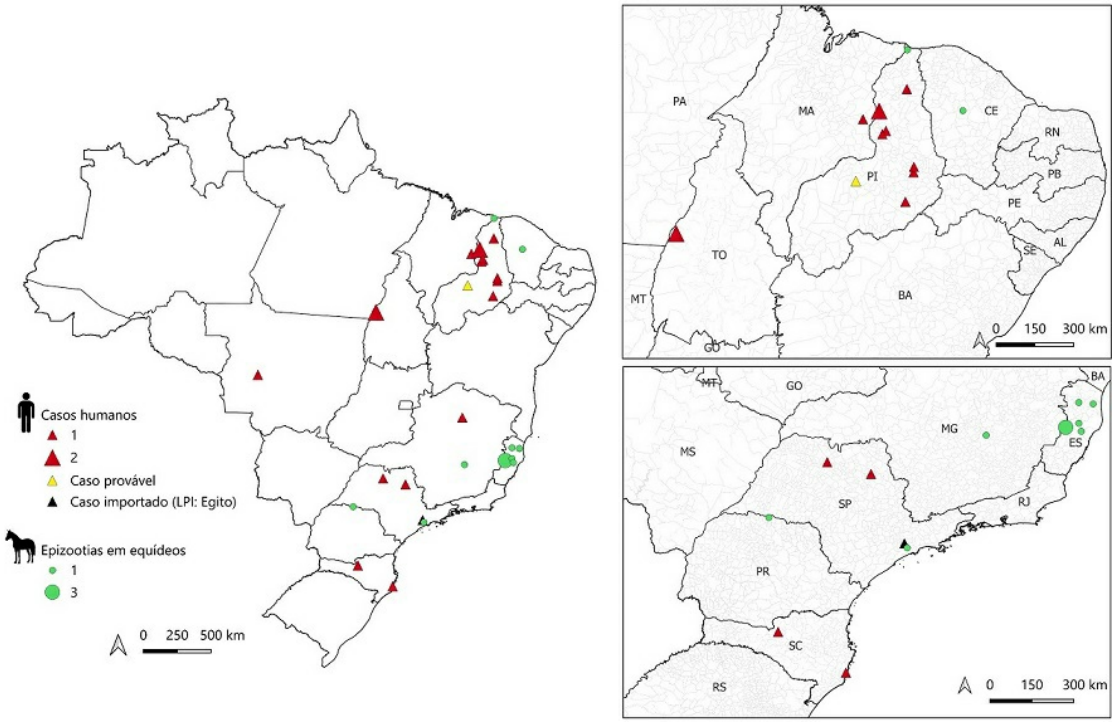

Figura 1. Distribuição espacial dos casos humanos e das epizootias em equídeos confirmados para febre do Nilo Ocidental no Brasil, 2014-2026.

4. RECOMENDAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA DA FNO

4.1. A FNO é uma doença de notificação compulsória imediata, e compõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, publicada pela Portaria GM/MS n.º 11.211, de 13 de maio de 2026, que altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017. Portanto, todo caso suspeito de FNO em humanos deve ser comunicado às autoridades de saúde e ao Ministério da Saúde de modo imediato, em até 24 horas após a suspeita inicial. Por se tratar de doença grave com risco de dispersão para outras áreas do território nacional e mesmo internacional, a notificação imediata de eventos confirmados aos organismos internacionais, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional – RSI- 2005, deve ser avaliada a partir de um instrumento de decisão aplicado pelo Ministério da Saúde.

4.2. O **caso suspeito** compreende o "indivíduo que apresentou doença febril aguda acompanhada ou sucedida de manifestações neurológicas de provável etiologia viral compatíveis com meningite, encefalite ou paralisia flácida aguda (incluindo SGB)". As síndromes e os respectivos códigos CID-10 a serem identificados são: encefalite viral aguda [A86]; mielite transversa viral aguda [G05.1]; encefalomielite disseminada aguda [G05.8]; síndrome de Guillian-Barré [G61.0].

4.3. A definição de caso apresentada, assim como os critérios de classificação especificados a seguir, compõem as diretrizes atualizadas para a vigilância da FNO, a serem publicadas na 7ª edição do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Assim, os casos suspeitos deverão ser investigados e, com base nos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, classificados como:

- **Caso provável**: caso suspeito com detecção de anticorpos da classe IgM contra o WNV em amostra de soro, na presença de resultados não reagentes para outros *Orthoflavivirus*.
  - Observação: em situações de detecção de anticorpos anti-WNV (IgM reagente) e (i) ausência de testagem para outros *Orthoflavivirus* ou (ii) presença de resultados reagentes para outros *Orthoflavivirus*, não é possível presumir que a infecção se deu pelo WNV. Nesses casos, a infecção deverá ser classificada como provável para *Orthoflavivirus* indeterminado.
- **Caso confirmado**: caso suspeito com um ou mais dos seguintes achados:
  - Isolamento do WNV e/ou detecção do genoma viral em tecidos, sangue, soro, LCR ou em outros líquidos orgânicos;
  - Detecção do antígeno viral em tecidos (preferencialmente do SNC) por imunohistoquímica (IHQ), acompanhada de resultados negativos para outros *Orthoflavivirus* e de exame histopatológico com descrição de lesões compatíveis com infecção por WNV/arbovírus;
  - Detecção de anticorpos específicos da classe IgM contra o WNV em amostra de LCR, na presença de resultados não reagentes para outros *Orthoflavivirus* (PRNT90 pode ser discriminatório em reações poliespecíficas);
  - Detecção de anticorpos da classe IgM contra o WNV, em soro, pelo método de ELISA (IgM), com detecção de anticorpos neutralizantes (PRNT) em ascensão de pelo menos 4x OU com viragem sorológica em amostras pareadas de fases aguda e convalescente;
  - Detecção de soroconversão ou aumento de quatro vezes ou mais no título de anticorpos totais entre amostras pareadas de soro, com confirmação no PRNT (fases aguda e de convalescença);
  - Detecção de anticorpos neutralizantes em amostra única de soro ou de LCR, com titulação destacada em pelo menos 4x frente aos outros arbovírus do mesmo gênero testados em paralelo.
- **Caso descartado**: caso suspeito com resultado não reagente para anticorpos da classe IgM em amostra de soro coletada a partir de 6 dias de início dos sintomas.

4.4. O Ministério da Saúde inicio, no primeiro trimestre de 2026, a descentralização do diagnóstico laboratorial da FNO para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), conforme disposto na Nota Técnica Conjunta nº 78/2026-CGARB/CGLAB/SVSA/MS, que traz orientações para a vigilância sobre a descentralização do diagnóstico da febre do Nilo Ocidental e da encefalite de Saint Louis (SLEV), publicada em março/2026. O diagnóstico molecular da febre do Nilo Ocidental (FNO) e da encefalite de Saint Louis, por meio de protocolo duplex desenvolvido pelo Instituto Evandro Chagas (IEC/SVSA/MS), vem sendo distribuído aos laboratórios de referência e aos Lacen, no sentido de aumentar progressivamente a capacidade de detecção de casos dessas doenças e o conhecimento sobre a circulação e a distribuição geográfica desses arbovírus no país.

4.5. No contexto da transmissão do WNV, as epizootias em aves silvestres e em equídeos com sintomas neurológicos são eventos de relevância epidemiológica, e devem ser notificadas imediatamente às autoridades de saúde e ao Ministério da Saúde, conforme definido na Portaria GM/MS n.º 782, de 15 de março de 2017, incorporada ao Anexo 3 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS n.º

4, de 28 de setembro de 2017. Os eventos devem ser investigados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e registradas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e/ou pelo Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo). A atuação integrada entre os setores da saúde, da agricultura e de outras instituições públicas é fundamental para identificar os animais e as áreas com circulação do WNV, delimitar as populações sob risco e subsidiar a adoção oportuna de medidas de vigilância e resposta.

4.6. Na ocasião da detecção do WNV em humanos, animais ou mosquitos, a vigilância epidemiológica deve:

- realizar busca retrospectiva de amostras de casos neurológicos sem causa definida em tempo e espaço compatíveis com as ocorrências identificadas (amplitude a depender da capacidade laboratorial) para testagem de FNO;
- realizar investigação prospectiva de casos neurológicos suspeitos (conforme definição de caso), com testagem em paralelo para a FNO;
- realizar investigação de mortes de aves e equídeos com sintomatologia neurológica nas localidades afetadas (verificar a existência de amostras retrospectivas nas redes laboratoriais da saúde e da agricultura, e estruturar a vigilância prospectiva);
- realizar investigação entomológica nas áreas afetadas, para identificação de potenciais vetores.

4.7. Nas áreas com transmissão, o levantamento da fauna entomológica e a vigilância sistemática de potenciais vetores são fundamentais para identificar áreas receptivas e de maior risco para a transmissão do WNV. A investigação entomológica deve ser realizada diante da ocorrência de casos humanos ou de epizootias confirmadas em aves silvestres e equídeos, contribuindo para o esclarecimento do ciclo de transmissão e para subsidiar a adoção oportuna de medidas de prevenção e controle. Embora as detecções registradas na América do Sul tenham ocorrido principalmente em ambientes rurais e silvestres, a ampla distribuição do *Culex quinquefasciatus* no Brasil e seu potencial como vetor reforçam a necessidade de vigilância também nas áreas urbanas, a fim de reduzir o risco de urbanização da transmissão.

4.8. Como estratégia de resposta rápida, mediante a detecção do vírus em ambiente urbano e em tempo oportuno para a aplicação de ações de contenção, recomenda-se a adoção de medidas controle mecânico e manejo ambiental para prevenir a proliferação do vetor, conforme recomendações do Guia de Vigilância do *Culex quinquefasciatus*.

4.9. Como medidas de proteção individual, orienta-se que residentes ou viajantes em áreas com ocorrência recente ou histórico de circulação do WNV façam uso de repelentes e de roupas compridas para reduzir a exposição às picadas de mosquitos. Ainda, recomenda-se evitar a exposição em áreas de mata ou rurais, sobretudo durante os períodos de maior atividade dos mosquitos do gênero *Culex* (entardecer, período noturno e amanhecer). A instalação de telas de proteção em portas e janelas de residências e uso de mosquiteiros é indicada em áreas com elevada infestação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. As recentes detecções de casos humanos de febre do Nilo Ocidental em diferentes unidades federativas reforçam a necessidade de aumentar a sensibilidade da vigilância para a identificação oportuna de casos suspeitos e para o monitoramento da circulação do WNV no território nacional. A ocorrência de manifestações neurológicas graves, incluindo óbitos, associada à presença de hospedeiros e potenciais vetores em diferentes regiões do país, evidencia a importância da manutenção de uma vigilância sistemática, contínua e integrada.

5.2. Nesse contexto, recomenda-se fortalecer a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, laboratorial, ambiental e animal, bem como entre os setores da saúde, da agricultura e do meio ambiente. A notificação imediata e a investigação adequada de casos humanos suspeitos, epizootias em aves silvestres e equídeos com manifestações neurológicas, acompanhadas da investigação entomológica e da coleta oportuna de amostras é determinante para identificar áreas com circulação viral e populações sob risco. O estabelecimento de fluxos de informação intersetoriais é recomendado, no sentido de oportunizar as medidas de vigilância e resposta e avaliar os impactos da circulação do WNV na saúde pública.

5.3. A descentralização do diagnóstico molecular para WNV e SLEV representa um avanço para ampliar a capacidade de detecção e o conhecimento sobre a distribuição desses arbovírus no Brasil. Dessa forma, o fortalecimento da vigilância, a qualificação da assistência e a comunicação oportuna entre os diferentes níveis de gestão são essenciais para subsidiar a tomada de decisão e a adoção de medidas adequadas de vigilância e resposta, a fim de compreender o cenário epidemiológico da doença no país e buscar ferramentas para prevenir a ocorrência de surtos e a expansão da transmissão.

5.4. A definição de caso, os critérios de classificação de casos e as orientações apresentadas nesta Nota Técnica estão fundamentadas na nova edição do Guia de Vigilância em Saúde, atualmente em fase de revisão para publicação. Até a publicação das novas diretrizes, recomenda-se que as vigilâncias estaduais e municipais adotem as definições e as orientações estabelecidas nesta Nota Técnica para a vigilância da febre do Nilo Ocidental.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

6.1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017a.

6.2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 782, de 15 de março de 2017. Define a relação das epizootias de notificação compulsória e suas diretrizes para notificação em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017b.

6.3. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017c.

6.4. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia para diagnóstico laboratorial em saúde pública: orientações para o sistema nacional de laboratórios de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

6.5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Febre do Nilo Ocidental.** In: Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde.* 6ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. v. 2. p. 831-848.

6.6. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 78/2026-CGARB/CGLAB/SVSA/MS** . Orientações para a vigilância sobre a descentralização do diagnóstico da febre do Nilo Ocidental e da encefalite de Saint Louis. Disponível em: https://saudegov-my.sharepoint.com/:b:/r/personal/daniel_ramos_saude_gov_br/Documents/Links%20de%20Notas%20compartilhados%20publicamente%20-%20n%C3%A3o%20excluir/SEI_0054431541_Nota_Tecnica_Conjunta_78%20(1).pdf?d=wc495ba45f9f14468b9f699ea2d0719f0&csf=1&web=1&e=v0l9Hk.

6.7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância do Culex quinquefasciatus / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Francisco Anilton Alves Araújo, Marcelo Santalucia. – 3ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.76 p. : il. – (Série A. Normas e manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1791-5. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/culex-quinquefasciatus/guia_vigilancia_culex_quinquefasciatus.pdf/view.

6.8. CHALHOUB, F. L. L. *et al.* West Nile Virus in the State of Ceará, Northeast Brazil. **Microorganisms**, Basel, v. 9, n. 8, 1699, 2021. DOI: https://doi.org/10.3390/microorganisms9081699.

6.9. COSTA, E. A. *et al.* West Nile virus detection in horses in three Brazilian states. **bioRxiv**, [s. l.], 2021. *Preprint*. DOI: https://doi.org/10.1101/2021.01.06.425363.

6.10. LIMA, P. C. *et al.* Serological evidence of West Nile virus infection in wild birds in the area of the first confirmed human case of West Nile fever in Brazil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 15, e202401483, 2024. DOI: https://doi.org/10.5123/S2176-6223202401483.

6.11. MARTINS, L. C. *et al.* First isolation of West Nile virus in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 114, e180332, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0074-02760180332.

6.12. NUNES NETO, J. P. et al. First isolation and genome sequence analysis of West Nile Virus in mosquitoes in Brazil. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 8, n. 4, p. 1-14, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/tropicalmed8040237.

6.13. PAUVOLID-CORRÊA, A. *et al.* Neutralising antibodies for West Nile virus in horses from Brazilian Pantanal. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 106, n. 4, p. 467-474, 2011.

6.14. RODRIGUES, S. G. *et al.* Epidemiologia do vírus da encefalite Saint Louis na Amazônia brasileira e no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil: elevada prevalência de anticorpos em equinos. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 1, n. 1, p. 81-86, 2010. DOI: https://doi.org/10.5123/S2176-62232010000100012.

6.15. SOUZA, W. M. *et al.* Epidemiological and genomic insights into the emergence and circulation of West Nile virus in Brazil. **Vector-Borne and Zoonotic Diseases**, Larchmont, v. 24, n. 2, p. 93-103, 2024. DOI: https://doi.org/10.1089/vbz.2023.0162.

6.16. VIEIRA, M. A. C. S. *et al.* West Nile virus encephalitis: the first human case recorded in Brazil. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Deerfield, v. 93, n. 2, p. 377-379, 2015. DOI: https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0176.

Documento assinado eletronicamente por **Lívia Carla Vinhal Frutuoso**, **Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Arboviroses**, em 27/08/2026, às 17:04, 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 **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior**, **Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 27/08/2026, às 17:20, 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 **Fabiano Geraldo Pimenta Junior**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 28/08/2026, às 11:51, 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 **0057723405** e o código CRC **AF3E72EA**.

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses - CGARB
SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br