



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**NOTA TÉCNICA DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO E RUBÉOLA) E
SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA - Nº 01/2025- DEPI/DVS/SESPA**

**Assunto: Recomendações e orientações sobre o Sarampo e Rúbeola no âmbito da
Vigilância Epidemiológica, laboratorial e Imunização**

Atualizada em: 25/02/2025

SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

As doenças exantemáticas, sarampo e rubéola, são consideradas doenças virais, infecciosas aguda, potencialmente graves, transmissíveis e extremamente contagiosas.

Nos últimos anos, casos de sarampo têm sido registrados em várias partes do mundo, no Brasil no ano de 2018 ocorreu a reintrodução do vírus na Região Norte do País. A partir disso, houve a disseminação da doença e sua transmissão sustentada que ocasionou a perda da certificação de país livre de sarampo.

Em 2022, após esforços através de ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e de imunização para a interrupção da circulação endêmica do vírus do sarampo ocorreram os últimos casos de sarampo em território nacional. No Pará, o último caso registrado foi em janeiro de 2022.

Em novembro de 2024, após o Brasil apresentar evidências que comprovaram o encerramento do surto e após análise da Comissão Regional de Reverificação da OPAS o País foi recertificado como País livre de sarampo.

Considerando a recertificação de País livre do sarampo, o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) recomendou através da Nota Técnica nº 194/2024 a vacinação com dose zero da vacina tríplice viral no Brasil somente nas situações descritas a seguir:

- Bloqueio vacinal quando houver contato com casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou rubéola. Nesta situação, a dose zero deverá ser administrada em até 72 horas após a identificação do caso suspeito. Este é o período considerado oportuno para interromper uma eventual cadeia de transmissão do vírus, na hipótese de confirmação da suspeição.
- Nos pontos de entrada de migrantes venezuelanos em Roraima. Esta ação é necessária para minimizar o risco de adoecimento desta população por sarampo ou rubéola, reduzindo também a chance de dispersão dos vírus no território brasileiro.

A dose zero da vacina tríplice viral para crianças de seis meses a menores de um ano de idade está indicada para as ações de **BLOQUEIO VACINAL** frente a casos suspeitos/confirmados de sarampo ou rubéola e também para a vacinação nos pontos de entrada de migrantes venezuelanos em Roraima.

ESTA MEDIDA NÃO DEVE SER ADOTADA COMO ROTINA DE VACINAÇÃO, DEVENDO SER IMPLEMENTADA APENAS NAS SITUAÇÕES ACIMA ESPECIFICADAS.

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é mais uma doença que preocupa estados e municípios e que precisa ser monitorada, haja vista que muitos casos podem passar despercebidos pelos serviços de saúde. Assim como a rubéola, a SRC segue sendo monitorada pelos serviços de vigilância epidemiológica.

Na identificação de um caso suspeito para sarampo ou rubéola, o mesmo deve seguir o fluxo das ações descritas no **ANEXO 1**, e para SRC seguir fluxo descrito no **ANEXO 2**.

OBSERVAÇÃO: Conforme Nota Informativa nº 01, de 2015/SVS/SAS/SM, **não recomenda a realização de exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola em gestantes assintomáticas na rotina de pré-natal, exceto em grávidas que atendam a definição de caso suspeito de rubéola.** Uma vez que, neste período, pode ocorrer muitos resultados “falso positivos”.

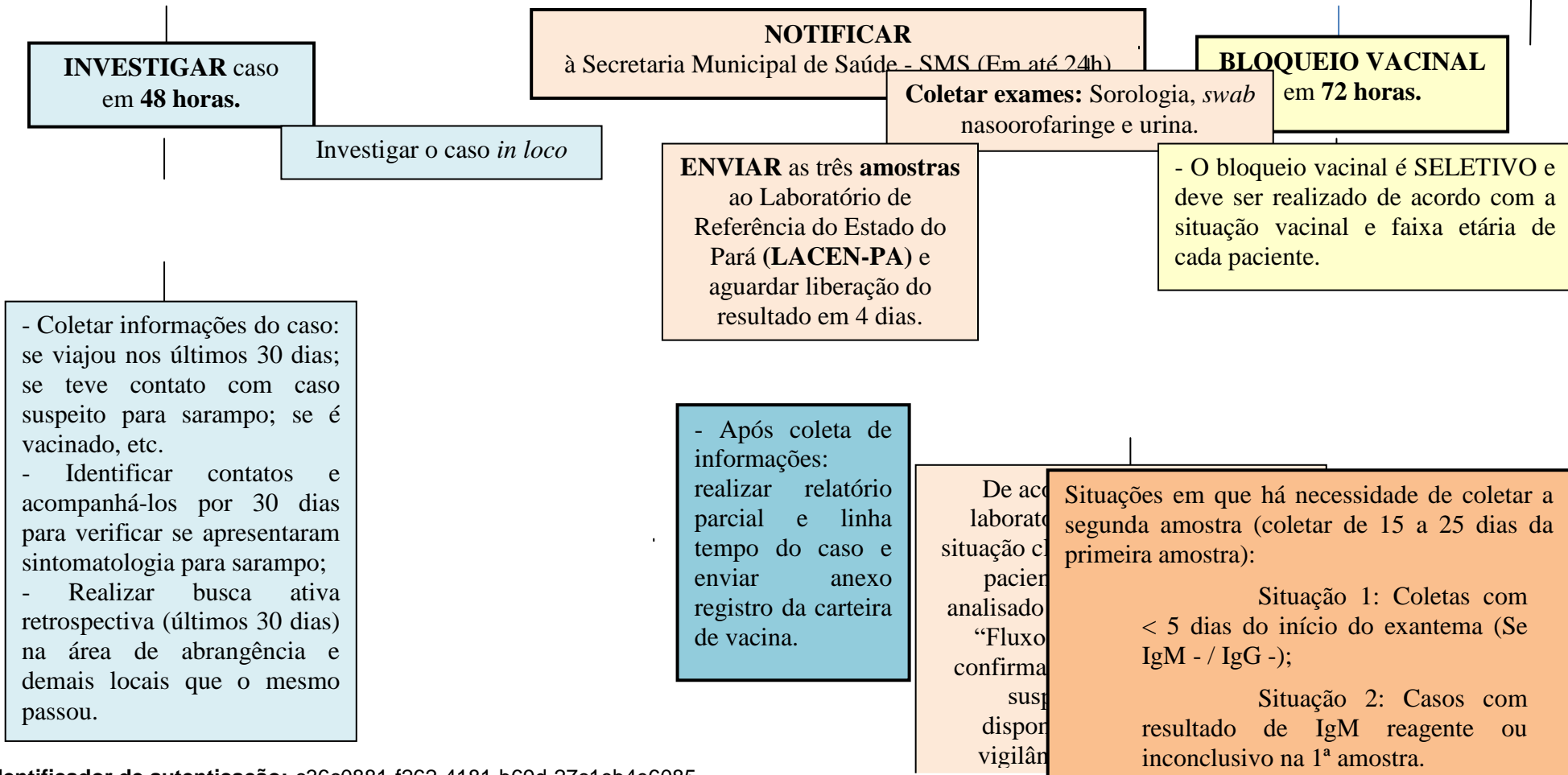
ANEXO 1 - FLUXO PARA IDENTIFICAÇÃO E

ACOMPANHAMENTO DOS CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO E RUBÉOLA

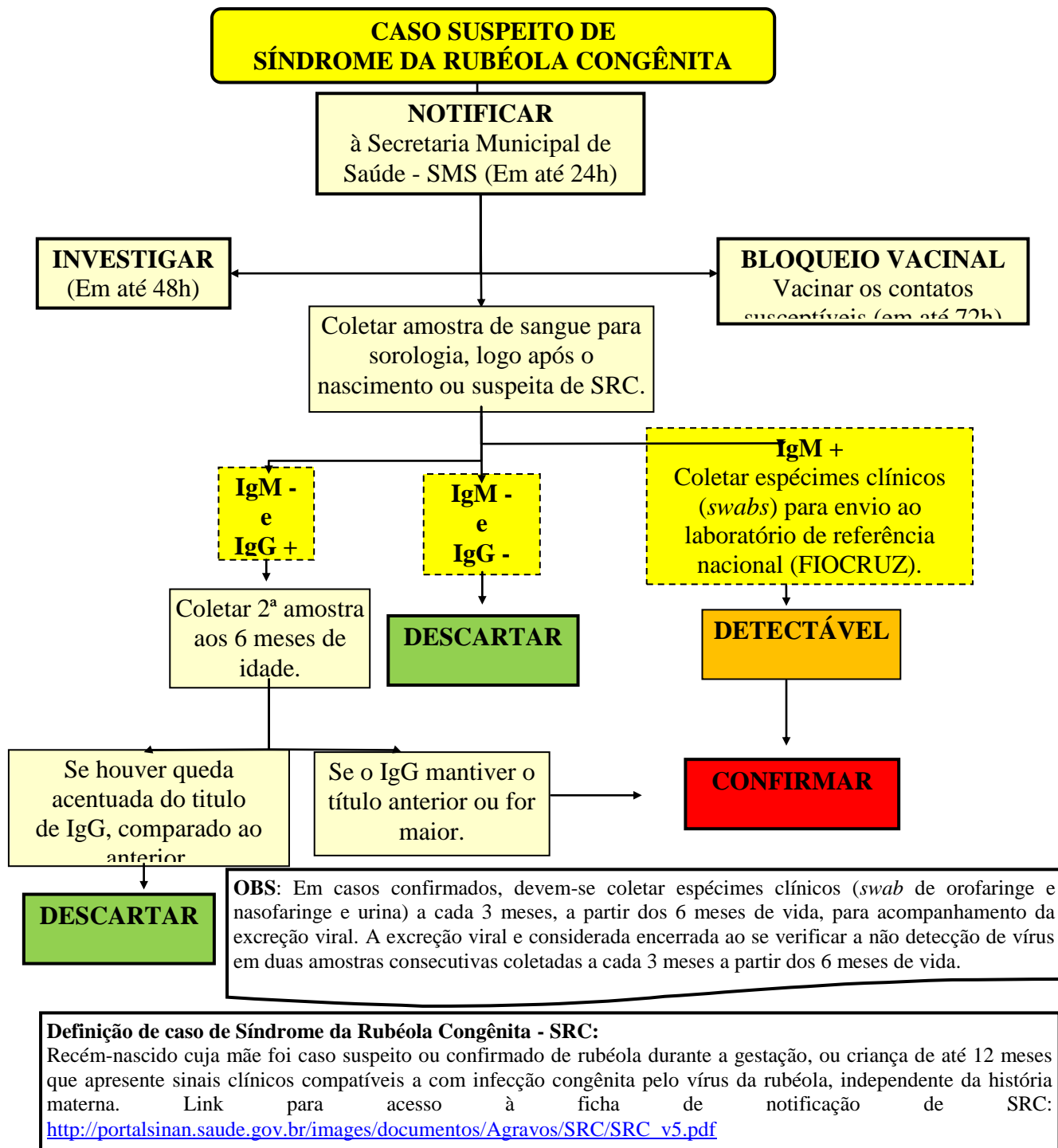
LA

CASO SUSPEITO de SARAMPO: Febre alta (38,5°C) e exantema (cefalocaudal), acompanhado de tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite.
OU
Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular e com resultado sorológico com IgM reagente para sarampo.

CASO SUSPEITO de RUBÉOLA: Febre < 39°C e exantema (cefalocaudal), acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical.
OU
Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular e com resultado sorológico IgM reagente para rubéola.



ANEXO 2 - FLUXO PARA IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA



ANEXO 3- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS**
SARAMPO / RUBÉOLA

Nº

CASO SUSPEITO DE SARAMPO: Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.
CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA: Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravos/doença DOENÇAS EXANTEMÁTICAS 1- SARAMPO 2- RUBÉOLA		<input type="checkbox"/>	Código (CID-10) B 0 9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional/ignorado 5-Não 6- Não se aplica	<input type="checkbox"/>	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ginásio fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ginásio médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Análises Epidemiológicas	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou tríplice) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				<input type="checkbox"/>	34 Data da Última Dose
	35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado					
	36 Nome do Contato					
37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)						
Dados Clínicos	38 Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)		39 Data do Início da Febre			
	40 Outros Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados) <input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)						

Doenças Exantemáticas

Sinan NET

SVS

13/09/2008

ANEXO 5- FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DA INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO OU RUBÉOLA

Anexo 1. FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DA INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO OU RUBÉOLA

UNIDADE DE SAÚDE

EXECUTANTE: _____

CÓD. CNES/INE: _____

TIPO DE SERVIÇO: PÚBLICO () PRIVADO ()

NOME DO MUNICÍPIO/UF: _____

DSEI: _____

LOCAL DA INVESTIGAÇÃO (marcar um x em uma das opções do 1 ou do 2):

1. SERVIÇO DE SAÚDE: () UBS/CS () UBS - INDÍGENA () UBS - FLUVIAL () CASAI () POLO BASE () ALDEIA

() UPA () UNIDADES DE INTERNAÇÃO () POLICLÍNICA () CONSULTÓRIO/AMBULATÓRIO () OUTROS _____

2. DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS: () DOMICÍLIO () INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA () AMBIENTE DE TRABALHO () INSTITUIÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA

() CRECHE/ESCOLA () OUTROS _____

DATA DA INVESTIGAÇÃO: ____ / ____ / ____



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	NOME:	DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____ / ____ / ____	Nº SINAN: _____
	DATA DE NASCIMENTO: _____	SEXO: FEMININO (<input checked="" type="checkbox"/>) MASCULINO (<input type="checkbox"/>)	GESTANTE: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) NÃO SE APLICA
ENDEREÇO: _____			
Dados clínicos	Características do exantema:		
	1. Parte do corpo onde o exantema teve início: (<input checked="" type="checkbox"/>) face e/ou cabeça (<input type="checkbox"/>) membros superiores (<input type="checkbox"/>) membros inferiores (<input type="checkbox"/>) tronco		
	2. Coloração: (<input checked="" type="checkbox"/>) vermelho (<input type="checkbox"/>) marrom (<input type="checkbox"/>) arroxeado		
	3. Forma: (<input checked="" type="checkbox"/>) maculopapular (<input type="checkbox"/>) vesícula (<input type="checkbox"/>) crosta (<input type="checkbox"/>) petéquia (<input type="checkbox"/>) outra: _____		
	4. Teve prurido? (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		
	5. Direção: (<input checked="" type="checkbox"/>) cefalocaudal (<input type="checkbox"/>) proximodistal (<input type="checkbox"/>) não observado		
	6. Purulento: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		
	7. Furfurácea: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		
	Data do início da febre: ____ / ____ / ____		
	Temperatura: _____ °C		Aferida: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Tosse: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Aspecto da tosse: (<input type="checkbox"/>) seca (<input type="checkbox"/>) produtiva	
Conjuntivite: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Coriza: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	
Mancha de Koplik: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Linfadenopatia retroauricular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	
Linfadenopatia cervical: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Linfadenopatia occipital: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	
Houve internação? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Data de de Internação: ____ / ____ / ____	
Houve isolamento do caso? (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		Isolamento no período adequado (até 4 dias após a data do início do exantema)? (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	
Dados da fonte de infecção	A fonte de infecção foi identificada (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		
	Município de residência da provável fonte de infecção: _____		Nome da provável fonte de infecção: _____
	Endereço de residência da provável fonte de infecção: _____		
Deslocamentos do caso	Local: _____		
	Período: _____		
	Local: _____		
	Período: _____		
	Local: _____		
	Período: _____		
Local: _____			

ANEXO 6- PERÍODO DE INCUBAÇÃO DE CASO SUSPEITO

Anexo 2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO

NOME DO CASO SUSPEITO: _____

DATA DO EXANTEMA: _____

Nº DA NOTIFICAÇÃO SINAN: _____

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
7º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
8º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
9º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
10º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
11º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
12º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
13º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
14º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
15º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
16º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
17º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
18º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
19º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
20º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					
21º dia antes da data do início do exantema ___/___/___					

ANEXO 7 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO

Anexo 3. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO

NOME DO CASO SUSPEITO: _____

DATA DO EXANTEMA: _____

Nº DA NOTIFICAÇÃO SINAN: _____

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
7º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
6º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
5º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
4º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
3º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
2º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
1º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
Dia "Zero" data do início do exantema __/__/__					
1º dia após a data do início do exantema __/__/__					
2º dia após a data do início do exantema __/__/__					
3º dia após a data do início do exantema __/__/__					
4º dia após a data do início do exantema __/__/__					

ANEXO 9 PLANILHA DE REGISTRO DE DATAS DE ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS

Contatos do caso suspeito: _____ Notificação nº _____ Município: _____ Data do Exantema: _____ Período de acompanhamento: ___/___a___/___/20___

Situação de saúde: Sadio/Doente

Nome do contato e parentesco	Idade	Local do contato	Telefone do contato ou responsável	Situação vacinal (vacinado/não vacinado)	Data da última dose	Fez bloqueio vacinal (sim/não/não se aplica)	Data ou período do contato	Situação de saúde															
								/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025	/ /2025				
1 Maria José da Silva (Tia)	40A	residência	99999999	vacinado			10 a 25/09/2025																
2 Renato da Silva (primo)	10M	residência	99999999	não vacinado			11 a 25/09/2025																
3 Carla da Silva (professora)	28A	Creche	99999999	vacinado			9/24/2025																
4 Luana Costa (coleguinha de sala)	5A	Creche	99999999	não vacinado			9/24/2025																
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Exemplo de preenchimento

Sadio
Doente

ATENÇÃO: Os dados preenchidos são apenas exemplos, limpe os dados da planilha antes do preenchimento

ANEXO 10 NOTA INFORMATIVA SOBRE EXAMES DE RUBÉOLA IGM EM GESTANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
SCS, Qd 04, bloco A, Ed. Principal, 4º andar, Brasília – D - 70.304-000 - Brasília/DF,
Tel. (061) 3213 8094

NOTA INFORMATIVA Nº. 01, DE 2015/SVS/SAS/MS

Recomendações e esclarecimentos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) referente à não realização de exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola em gestantes durante o pré-natal.

I - REFERENTE À ELIMINAÇÃO DA RUBÉOLA NO BRASIL

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), considerando a declaração da eliminação da rubéola no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), compartilha as seguintes informações.

II - AVALIAÇÃO: REFERENTE À NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME SOROLÓGICO COM PESQUISA DE IgM PARA RUBÉOLA EM GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL

A Organização Pan Americana da Saúde declarou a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas, em abril de 2015, onde não há mais evidência da transmissão endêmica dessas doenças por cinco anos consecutivos. A eliminação da rubéola nas Américas reforça a recomendação de se evitar a realização de testes sorológicos de rubéola como rotina no pré-natal.

O Ministério da Saúde por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) e de Atenção à Saúde (SAS) recomenda que não seja realizado o exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, na rotina de pré-natal para gestantes, não seja realizado em casos de mulher assintomática.

A análise de dados dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública- LACEN e Vigilâncias Epidemiológicas tem demonstrado uma grande quantidade de exames sorológicos com pesquisa de IgM para rubéola falsos positivos, fato que tem gerado dificuldades no manejo clínico das gestantes e um acúmulo de casos suspeitos de rubéola que não correspondem à definição de caso da doença.

Recomenda-se que caso haja necessidade de se saber se a gestante tem títulos protetores para o vírus da rubéola, que somente se solicite sorologia com titulação de IgG, pois mesmo que a mulher seja negativa, durante a gestação, não poderá utilizar a vacina dupla (sarampo-rubéola) ou tríplice viral (sarampo-rubéola-caxumba). A única forma de proteção contra

3

rubéola para as gestantes não imunizadas é a não exposição ao vírus e, portanto, a pessoas com rubéola na fase de eliminação do vírus.

O Manual de Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas do Ministério da Saúde, de 2003, página 112, recomenda aos profissionais da saúde não solicitar sorologia para rubéola de rotina durante a gestação, em virtude da frequente interferência da gravidez nos testes sorológicos, gerando resultados falsos positivos, além de criar expectativa desnecessária e sofrimento para as gestantes, conforme transcrito abaixo:

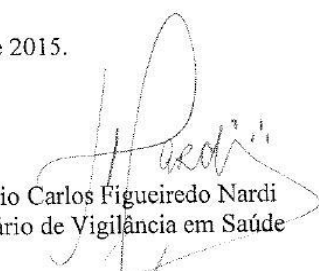
“3.2.2. ... não existem indicações para solicitar e realizar o exame de rotina no Pré-Natal para rubéola em gestantes. O exame só deve ser solicitado e realizado mediante suspeita de rubéola na gestante ou quando a mesma for contato com uma pessoa com doença exantemática. Caso a gestante não tenha comprovação, na caderneta de vacinação da vacina contra rubéola (rubéola monovalente, dupla viral ou tríplice viral), se necessário, a solicitação deverá ser o da pesquisa de IgG para rubéola (gestante assintomática e sem contato prévio com outra doença exantemática). Caso o resultado seja negativo ou não reagente, indicar a vacinação contra rubéola imediatamente após o parto”.


III -- CONCLUSÃO

Este Ministério da Saúde tem envidado todos os esforços possíveis para a manutenção da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita no país

O Ministério da Saúde se coloca à disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessários. Para informações adicionais, favor contatar as equipes técnicas da Unidade de Vigilância das Doenças Exantemáticas/CGDT e SAS pelos telefones (61) 3213-8113/8126/8124/8117 e 3315-9110/9071, respectivamente.

Brasília, de novembro de 2015.


Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário de Vigilância em Saúde


Alberto Beltrame
Secretário de Atenção à Saúde

REFERÊNCIAS

1. 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 3 v. : il.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, 2024.

CONTATOS E MAIORES INFORMAÇÕES

a. Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas (Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita) Estadual:

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº 2.190, 3º andar – Marco
CEP: 66093-677 – Belém/PA
Telefone: (91) 4006-4834
E-mail: exantematicaspa@gmail.com

b. Setor de Imunização Estadual:

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº 2.190, 3º andar – Marco
CEP: 66093-677 – Belém/PA
Telefone: (91) 4006-4836
E-mail: imunizacao_pa@yahoo.com.br

c. Laboratório Central de Saúde Pública do Pará-LACEN:

Endereço: Rodovia Augusto Montenegro KM 10, sem número - Bairro de Icoaraci,
CEP: 66823-010 – Belém/PA
Telefone: (91) 3202-4940

Atenciosamente,

GT-Exantemáticas
Daniele de Barros Galindo
Médica Veterinária
Mabel Paz da Silva
Enfermeira
Marilena de Jesus Araujo Rodrigues Pureza
Odontóloga

Adriana Pimentel Veras Coordenadora da Divisão
de Vigilância Epidemiológica DIVEP/DEPI/DVS/SESPA

Daniele Monteiro Nunes Diretora do Departamento
de Epidemiologia DEPI/DVS/SESPA





ASSINATURAS

Número do Protocolo: 2025/2734068

Anexo/Sequencial: 2

Este documento foi assinado eletronicamente na forma do Art. 6º do Decreto Estadual Nº 2.176, de 12/09/2018.

Assinatura(s) do Documento:

Assinado eletronicamente por: Daniele Monteiro Nunes, **CPF:** ***.936.092-**

Em: 28/05/2025 10:43:42

Aut. Assinatura: 6f9e8d28ada70d31cdb2c449e6ff7aef2ee1107eba4046893e38e98fe4481be4

Assinado eletronicamente por: Adriana Pimentel Veras, **CPF:** ***.977.632-**

Em: 31/05/2025 08:10:23

Aut. Assinatura: eeab347f1664ee9b50b03a35345653a41e293dbe8ce17ca774158b0beba50e9f



Identificador de autenticação: c36c0881-f262-4181-b69d-27c1eb4e6085

Confira a autenticidade deste documento em

<https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>