

## ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro****PORTARIA GM/MS Nº 9.262, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2025**

***Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição Federal, resolve:

## CAPÍTULO I

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - PNR-SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

§ 1º Para fins desta Portaria, entende-se por Regulação, no âmbito da saúde, a atuação do Estado por meio de normas, leis, diretrizes e práticas de gestão e cuidado, destinada a assegurar o direito à Saúde, em conformidade com os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, a garantir a adequada prestação de ações e serviços de saúde e a corrigir falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços de saúde.

§ 2º A Regulação é uma função essencial de gestão do SUS, compreendendo aspectos gerenciais, administrativos, tecnológicos e clínicos, com vistas à garantia do acesso oportuno, qualificado e resolutivo às ações e serviços de saúde.

Art. 2º São objetivos da PNR-SUS:

I - promover o acesso equânime e resolutivo, em tempo oportuno, às ações e serviços de saúde;

II - organizar os fluxos assistenciais e processos de trabalho integrados, com base em linhas de cuidado;

III - promover a eficiência no uso dos recursos do SUS;

IV - coibir a iniquidade de acesso entre pessoas e segmentos sociais e reduzir as iniquidades regionais no acesso à atenção especializada; e

V - promover a transparência no processo regulatório.

Art. 3º A PNR-SUS compreende ações desenvolvidas pelos gestores de saúde das esferas federal, estadual, distrital e municipal, em articulação com os serviços de atenção e de vigilância em saúde, órgãos e entidades auxiliares.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se aos prestadores de serviços de saúde próprios e complementares do SUS, contratados e conveniados, que deverão observar as obrigações, responsabilidades e processos de trabalho definidos nesta Portaria, assegurada a observância das demais normas vigentes do SUS.

Art. 4º Para fins desta Portaria, adotam-se os seguintes conceitos:

I - lista ou fila: mecanismo de ordenação do acesso aos serviços, baseado em critérios definidos em protocolos de acesso, compreendendo:

a) lista ou fila única: mecanismo de ordenação unificada para acesso a um mesmo serviço ou ação em saúde, baseado em critérios definidos em protocolos de acesso e que garanta equidade no acesso dos usuários que necessitam as mesmas ações de saúde, ainda que apresentem condições biopsicossociais distintas;

b) disseminação unificada da lista ou fila: disseminação integrada do conjunto de solicitações em lista, por critério de agregação, seja territorial, seja por procedimentos ou outros, ainda que submetidas a processos de gestão distintos.

II - microrregulação: conjunto de ações regulatórias no âmbito dos estabelecimentos de saúde, articuladas com os dispositivos de regulação e orientadas pela lógica do cuidado;

III - navegação do cuidado: conjunto de ações e atividades relacionadas ao acompanhamento e intervenções sobre a jornada do usuário nos estabelecimentos de saúde e na Rede de Atenção à Saúde - RAS, com o objetivo de garantir a realização da investigação diagnóstica e do tratamento em tempo oportuno e com a qualidade requerida;

IV - programação de ações e serviços de saúde: processo de definição, quantificação e orçamentação das ações e dos serviços de saúde, desenvolvido conjuntamente por estados e municípios e consolidado na Macrorregião de Saúde, com base nas necessidades de saúde da população e nos parâmetros e prioridades estabelecidas pelos gestores envolvidos;

V - protocolo de acesso: documento que contém diretrizes e regramentos destinado a subsidiar a organização do processo de regulação e a promover a utilização adequada e racional das ações e dos serviços de saúde na RAS, composto por grades de referências, fluxos assistenciais, requisitos para encaminhamento, classificação de risco e prioridade e outros instrumentos, conforme a necessidade local, considerando evidências científicas, normas e demais documentos institucionais e normativos do SUS;

VI - regulador ou reguladora: profissional de saúde de nível superior responsável por gerenciar o acesso dos usuários à alternativa assistencial mais adequada às suas necessidades de saúde, com base nos protocolos de acesso e demais documentos institucionais e normativos do SUS, e no perfil de oferta dos estabelecimentos de saúde do território;

VII - tempo de espera (para agendamento ou realização): intervalo, em dias, entre a data da solicitação e a do agendamento da consulta, exame, procedimento ou internação, alternativamente, também se considera o intervalo, em dias, entre a data da solicitação e a da efetiva realização da consulta, exame, procedimento ou internação; e

VIII - transparência no processo regulatório: publicidade dos critérios utilizados para definição da prioridade de acesso às ações e aos serviços de saúde, das listas de espera, dos tempos de espera e dos fluxos regulatórios, assegurando o acompanhamento pelo usuário, quanto às informações relativas ao seu acesso individual, e pela população em geral, quanto aos dados e informações gerais desidentificados e, quando cabível, compilados, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados, de modo a permitir o acompanhamento das demandas em saúde.

Art. 5º Em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, constituem as diretrizes da PNR-SUS:

I - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da população e no cuidado ao usuário, que o engaje na produção do próprio cuidado e favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional, interdisciplinar e integrada das diferentes equipes e serviços;

II - promoção do cuidado integral, com critérios claros, equânimes e baseados em riscos, vulnerabilidades, diretrizes clínicas e padrões de qualidade, em conformidade com documentos normativos vigentes no SUS, compartilhados pelos serviços da RAS;

III - promoção da regionalização da saúde e da integração dos pontos de atenção na RAS, em função das necessidades de saúde da população, em território definido e em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais, com vistas à superação de vazios assistenciais, à eficiência na aplicação dos recursos financeiros e à integralidade do cuidado;

IV - promoção da Qualidade e Segurança do Paciente como eixo estruturante e transversal da regulação em saúde, assegurando que as decisões regulatórias e os fluxos assistenciais estejam orientados para redução de riscos, prevenção de danos evitáveis, com ênfase na continuidade do cuidado, na comunicação efetiva entre os pontos da RAS e na adoção de práticas clínicas seguras em todas as etapas do processo regulatório, garantindo acesso e cuidado oportuno, efetivo e seguro;

V - fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS, por meio da ampliação da sua resolubilidade e do adensamento de sua capacidade clínica e operacional, para melhor cumprir seu papel de ordenação do acesso e de coordenação do cuidado;

VI - articulação da APS com a Atenção Especializada à Saúde - AES, por meio de planejamento, comunicação, cooperação, integração e compartilhamento de decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e pontos de atenção;

VII - ampliação e garantia do acesso da população a serviços de saúde regulados, em tempo oportuno, com referência territorial, considerando as necessidades regionais, asseguradas a equidade, a qualidade assistencial e a integralidade do cuidado;

VIII - garantia da continuidade do cuidado por meio da integração entre os pontos de atenção e do estabelecimento de fluxos assistenciais e de sistemas de apoio logístico e de informação;

IX - qualificação da regulação do acesso, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado, baseada em protocolos de acesso compartilhados nos pontos de atenção da RAS, com vistas ao monitoramento e à redução dos

tempos de espera, à minimização do absenteísmo, à evitação de procedimentos desnecessários e ao aumento da transparência;

X - contratualização de todos os estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos;

XI - uso de protocolos clínicos e de acesso, preferencialmente por linha de cuidado, compartilhados entre os pontos de atenção da RAS, elaborados com base em evidências e considerando critérios de risco, vulnerabilidades e padrões de qualidade, em conformidade com normas vigentes no SUS;

XII - estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital;

XIII - adoção de estratégias de educação permanente, tais como supervisão, matriciamento, pesquisa clínica e ferramentas de telessaúde entre os pontos de atenção à saúde, observadas as distintas realidades locais;

XIV - padronização de registros de regulação assistencial, com vistas à integração e à interoperabilidade entre os sistemas de informação por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS;

XV - transparência dos processos regulatórios e comunicação direta com cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde, com garantia de informação clara e acessível sobre a situação da lista de espera, o tempo estimado de atendimento e os critérios de prioridade, de modo a conferir maior credibilidade ao sistema e evitar clientelismos e absenteísmo;

XVI - monitoramento e avaliação permanentes das práticas regulatórias, com base em indicadores e métricas de desempenho, com vistas à redução dos tempos de espera, do absenteísmo, da realização de procedimentos desnecessários, ao aumento da transparência e fortalecimento da coordenação do cuidado;

XVII - produção de pesquisas e de evidências para o conhecimento e a gestão de soluções destinadas à ampliação do acesso, da qualidade e da eficiência, com promoção de fóruns participativos de discussão e de espaços de educação permanente sobre regulação em saúde; e

XVIII - participação da sociedade e atuação do controle social nos processos de monitoramento e avaliação da implementação desta política.

Art. 6º A Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, quais sejam, Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde.

Art. 7º A Regulação de Sistemas de Saúde, executada pelos respectivos gestores públicos, abrange ações que incidem no Sistema de Saúde, nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal, compreendendo:

I - elaboração de atos normativos pelos gestores do SUS;

II - elaboração de atos normativos pelas agências reguladoras do setor de saúde;

III - planejamento e financiamento do SUS, em conformidade com os processos de regionalização;

IV - fiscalização e aplicação de mecanismos estatais de controle no setor de saúde, incluída a saúde suplementar, no que couber;

V - vigilância em saúde;

VI - adoção de mecanismos de participação social e transparência ativa;

VII - diretrizes para a programação de ações e serviços no SUS;

VIII - avaliação e incorporação de tecnologias no SUS; e

IX - definição das macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde.

Art. 8º A Regulação da Atenção à Saúde, exercida pelos respectivos gestores públicos, conforme pactuação intergestores, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços de saúde, públicos e privados, à população, observadas as diretrizes de organização das RAS, compreendendo:

I - programação das ações e serviços de saúde, com base nas necessidades de saúde da população, com vistas à organização da rede assistencial;

II - contratação de serviços complementares e contratualização dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em conformidade com as normas e políticas específicas do SUS;

III - habilitação para a prestação de serviços de saúde, segundo as normas e políticas específicas do SUS;

IV - monitoramento, controle e avaliação dos serviços de saúde, com vistas à verificação da conformidade da estrutura, da produção assistencial e dos indicadores epidemiológicos, bem como à geração de informações estratégicas para a gestão;

V - alimentação, atualização e utilização adequada de sistemas de informação quanto a cadastros, produção e regulação do acesso; e

VI - definição das macrodiretrizes para a regulação do acesso.

Art. 9º A Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde, exercida por gestores e profissionais de saúde, abrange os processos que promovem, acompanham e avaliam a alternativa assistencial mais adequada à necessidade de saúde do usuário, em tempo oportuno, compreendendo:

I - análise de informações sobre necessidades em saúde, demanda e oferta de serviços, para avaliação de possibilidades de qualificação e expansão do acesso;

II - qualificação da demanda, a partir das necessidades identificadas no território, visando o aumento da resolutividade, por meio do uso adequado de protocolos e da oferta pela APS e do compartilhamento da decisão de encaminhamento entre a APS e AES;

III - estabelecimento de referências entre unidades do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados;

IV - participar da elaboração e implementação de protocolos clínicos e de acesso, com definição de critérios de encaminhamento, fluxos e classificações de risco e de prioridade;

V - organização dos fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, especialmente para a atenção ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, tanto eletivos quanto de urgência;

VI - comunicação e vinculação entre equipes da RAS, por meio de tecnologias presenciais e a distância, com vinculação territorial sempre que possível, promovendo o cuidado compartilhado entre equipes;

VII - gerenciamento dos recursos assistenciais, incluindo a gestão da oferta de leitos, consultas, exames e procedimentos especializados; e

VIII - gestão compartilhada das listas e tempos de espera e monitoramento do acesso com estímulo a mecanismos de transparência para o usuário.

## CAPÍTULO II

### DOS EIXOS DA REGULAÇÃO

#### Modelo de Atenção

Art. 10. As ações de Regulação da Atenção à Saúde e de Regulação do Acesso ocorrerão de forma distinta no atendimento a eventos agudos e a condições crônicas.

§ 1º - Para fins desta Portaria, entende-se:

I - eventos agudos: ocorrências que se manifestam de forma pouco previsível e podem ser controladas de modo reativo e episódico, exigindo resposta em tempo oportuno do sistema de atenção à saúde, estando relacionados também às agudizações das condições crônicas; e

II - condições crônicas: situações que demandam acompanhamento contínuo, intervenções sistemáticas e ações proativas e integradas da RAS por determinado período.

§ 2º Nos eventos agudos, a Regulação do Acesso às ações e aos serviços da RAS será realizada pela Central de Regulação de Urgência - CRU ou pelos serviços de referência em articulação com a CRU ou com a Central de Regulação de Internação Hospitalar, conforme fluxo definido no território, considerando a necessidade de resposta imediata a situações de risco à vida ou de agravamento súbito das condições de saúde.

§ 3º Nas condições crônicas, a Regulação do Acesso às ações e aos serviços da RAS será realizada, preferencialmente, pela APS, na qualidade de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais, em articulação com os pontos da AES e com as centrais de regulação.

#### Regionalização e Planejamento Regional

Art. 11. A Regulação de Sistemas de Saúde está intrinsecamente vinculada ao planejamento e à organização das RAS e deve considerar as especificidades epidemiológicas, demográficas e territoriais para garantir a adequada distribuição dos pontos de atenção e a eficiência dos fluxos assistenciais.

Art. 12. O planejamento no âmbito do SUS, desenvolvido de forma ascendente, participativa, regionalizada e contínua, deve ser fundamentado nas necessidades de saúde da população de determinado território, na análise da capacidade instalada e na identificação de lacunas de oferta de ações e serviços de saúde.

§ 1º O planejamento regional, conforme normas vigentes, constitui instrumento fundamental para o processo de contratualização, possibilitando que estados e municípios pactuem, de forma articulada e solidária, a oferta e o funcionamento dos serviços de saúde nos espaços territoriais definidos nesse processo.

§ 2º A programação das ações e dos serviços de saúde, com base nas necessidades de saúde da população e como parte integrante do planejamento regional, deve contemplar a programação da oferta de exames, consultas, internações e demais procedimentos.

§ 3º As ações e os serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e articulada entre os diferentes pontos de atenção, com vistas à implementação da RAS, à garantia do cuidado integral, equânime e em tempo oportuno aos usuários e à otimização dos recursos assistenciais.

§ 4º A programação das ações e dos serviços de saúde deverá observar parâmetros e fluxos pactuados, em consonância com a regionalização dos serviços de atenção especializada em saúde, favorecendo a continuidade do cuidado em rede.

§ 5º Na hipótese de ofertas inexistentes ou insuficientes no território, a programação deverá estabelecer as referências de abrangência regional, intermunicipal e interestadual.

§ 6º A pactuação interfederativa do acesso deve envolver, sempre que possível, a adoção de protocolos, de modo que o atendimento aos usuários, residentes ou não no território executante, seja ordenado pelos mesmos critérios de encaminhamento e priorização, assegurando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e o manejo adequado das condições de saúde.

§ 7º Os aspectos operacionais, financeiros e administrativos necessários aos processos descritos nos parágrafos anteriores devem ser discutidos e pactuados nas instâncias de governança do SUS.

Art. 13. Os instrumentos de planejamento e a programação das ações e dos serviços de saúde devem subsidiar os processos de contratualização de serviços da RAS e a contratação complementar de serviços privados.

#### Contratualização

Art. 14. O processo de contratualização deve abranger todos os pontos de atenção da RAS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, observadas as suas especificidades.

§ 1º A contratualização consiste no processo que fundamenta a formalização do contrato entre o ente público de saúde e os estabelecimentos de saúde para prestação de serviços ao SUS.

§ 2º A contratualização deve estar fundamentada no planejamento regional, na organização e na modelagem da RAS e na capacidade de oferta de serviços.

§ 3º A definição do escopo, da quantidade, da qualidade e da organização dos serviços a serem contratados basear-se-á nos protocolos estabelecidos, nas pactuações interfederativas e bem como nas prioridades constantes nos planos de saúde federal, estaduais, distrital e municipais.

§ 4º É condicionante para contratualização com o SUS o fornecimento de informações de forma sistemática pelo prestador ao gestor contratante sobre a oferta, bem como sobre as ações realizadas, incluindo subsídios para que o gestor proceda o envio dos dados de Regulação do Acesso à RNDS.

Art. 15. A formalização do instrumento jurídico deve estar em conformidade com as normas legais aplicáveis à administração pública e às disposições e normativas específicas do SUS.

Art. 16. O Ministério da Saúde disponibilizará manual orientativo para aprimorar os processos de contratualização no âmbito do SUS, contemplando as diretrizes e orientações desta Política e de normas correlatas.

#### O papel dos pontos de atenção da RAS na regulação

rt. 17. A regulação deve estar articulada à lógica do cuidado integral, a partir da organização da RAS, garantindo o acompanhamento longitudinal e a resolutividade.

§ 1º A Regulação do Acesso ocorre por meio de ações executadas pelos serviços de saúde da RAS e pelas centrais de regulação.

§ 2º A APS, como principal porta de entrada e ordenadora do acesso e coordenadora do cuidado, atua como protagonista na regulação do acesso à saúde nas condições crônicas, com apoio da gestão e dos demais pontos de atenção da RAS, incluindo as centrais de regulação, com vistas a garantir a continuidade do cuidado.

§ 3º As demais portas de entrada para situações agudas, de urgência ou emergência devem estar articuladas aos pontos de atenção, para assegurar a continuidade do cuidado, por meio de fluxos pactuados e com o apoio das centrais de regulação.

§ 4º As centrais de regulação, Núcleos Internos de Regulação - NIR, Núcleos de Gestão do Cuidado - NGC, Núcleo de Apoio à Gestão - NAG e demais dispositivos voltados ao processo regulatório têm papel essencial na observação da rede e na elaboração de subsídios para a revisão de fluxos e para o planejamento de ações.

Art. 18. O acesso na RAS deve ocorrer por meio de práticas regulatórias voltadas à produção e promoção do cuidado com base em:

I - grades de referência e contrarreferência atualizadas e fluxos pactuados;

II - contratualização em todos os pontos de atenção da RAS;

III - uso de protocolos clínicos e de acesso, visando à redução dos tempos de espera, em especial nos casos de maior vulnerabilidade e risco;

IV - organização de linhas de cuidado no processo regulatório; e

V - dispositivos para o compartilhamento ou transição do cuidado, garantindo a continuidade e a segurança, tais como matriciamento, telessaúde, entre outros.

Art. 19. No âmbito da APS, as ações de que trata esta Política compreendem a organização, o controle e o gerenciamento do acesso aos serviços de saúde, com vistas a garantir a integralidade do cuidado, a coordenação das ações e a efetividade dos serviços, de acordo com as necessidades do usuário e as diretrizes do SUS, envolvendo:

I - responsabilização pelo usuário que acessa o serviço, com vistas a garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, quando necessário;

II - conhecimento e identificação das necessidades de saúde da população adscrita, incluindo seus riscos e vulnerabilidades, de forma a subsidiar o planejamento da oferta de serviços, tanto para ações programadas, quanto para a demanda espontânea;

III - realização da estratificação de risco e de vulnerabilidades, programação de agendas no âmbito da APS, priorização e encaminhamento para a atenção especializada, após esgotada a utilização dos recursos existentes na APS, incluído o acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico complementar, bem como à segunda opinião mediante matriciamento, telerregulação e outros meios;

IV - avaliação criteriosa nos casos em que houver necessidade de compartilhamento do cuidado com a atenção especializada, com registro de informações suficientes sobre os motivos de encaminhamento, com base em requisitos e fluxos estabelecidos nos protocolos clínicos e de acesso, de forma a identificar a alternativa de cuidado mais adequada, com a indicação de priorização correspondente; e

V - gestão das listas de espera dos usuários de seu território de abrangência.

Art. 20. No âmbito da AES, a Regulação do Acesso deve ocorrer de forma articulada e compartilhada com a APS e demais pontos da RAS, em conformidade com o arranjo local ou regional, envolvendo:

I - corresponsabilidade pelo cuidado, considerando os atributos de ordenação e longitudinalidade da APS e os objetivos correspondentes às necessidades de saúde do usuário, buscando evitar o prolongamento de sua permanência na atenção especializada, sem justificativa clínica, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e Política Nacional de Atenção Básica em Saúde - PNAB;

II - respeito às grades de referência definidas nos fluxos regulatórios, considerando especificidades de cada caso e o perfil de oferta de cada estabelecimento;

III - utilização de protocolos clínicos e de acesso, compartilhados entre todos os pontos da RAS, que orientem as práticas, fluxos e decisões de atenção;

IV - compartilhamento de informações clínicas e promoção da vinculação, comunicação e tomada de decisão entre os profissionais e as equipes de todos os pontos de atenção da RAS;

V - realização de matriciamento e organização de espaços conjuntos para discussão de casos, especialmente entre equipes de APS e da AES, de forma sistemática e regular, para fortalecer o vínculo entre os profissionais e promover o cuidado compartilhado, com apoio do NAG;

VI - desenvolvimento de atividades de apoio por meio de telessaúde nas modalidades previstas na Seção I do capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de Setembro de 2017, junto às equipes de APS,

VII - realização de telerregulação assistencial, integrando as ferramentas e a lógica da telessaúde ao processo de regulação do acesso, envolvendo atividades de controle, gerenciamento, organização e priorização do acesso e dos

fluxos assistenciais no SUS, contribuindo tanto para o aumento da resolubilidade quanto para a redução dos tempos e filas de espera;

VIII - realização de transição de cuidado, com segurança e qualidade, promovendo articulação entre Núcleo Interno de Regulação - NIR, Núcleo de Gestão do Cuidado - NGC, centrais de regulação e as unidades da APS; e

IX - realização de navegação do cuidado.

Parágrafo único. No âmbito da regulação, nos serviços de saúde da atenção especializada devem ser realizadas as seguintes ações:

I - compatibilizar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com os compromissos dos contratos entre gestor e prestador;

II - disponibilizar as vagas às centrais de regulação e para outros dispositivos de regulação do acesso pactuados;

III - garantir a atuação dos NIR, dos NGC e de similares, em articulação com os demais setores (assistenciais e não assistenciais) do estabelecimento, nos termos das normativas gerais e específicas que regem seu funcionamento; e

IV - promover a articulação dos NIR, NGC e similares com os NAG, centrais de regulação e com outros dispositivos de regulação do acesso pactuados entre gestores do SUS.

#### Complexo Regulador

Art. 21. O Complexo Regulador é a estrutura que coordena, operacionaliza e monitora ações da regulação do acesso, de forma articulada aos dispositivos de regulação dos pontos da RAS, podendo ter sua organização pactuada entre gestores, conforme abrangência, gestão e tipologia.

Parágrafo único. O Complexo Regulador é composto por um conjunto de centrais de regulação.

Art. 22. A Central de Regulação pode ter abrangência, gestão e funcionamento:

I - estadual: sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde - SES, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, localizadas no próprio estado, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual;

II - regional de gestão da SES: sob gestão da SES, com abrangência regional ou macrorregional, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual;

III - regional de gestão compartilhadas entre a SES e o(s) município(s): sob gestão compartilhada entre a SES e o(s) município(s), com abrangência regional ou macrorregional, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual; e

IV - municipal: sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, com abrangência municipal, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão municipal ou estadual, mediante pactuação bipartite da referência.

§ 1º Em todas as conformações, deve ocorrer a articulação entre estado e municípios para garantia de integração entre as centrais existentes no território.

§ 2º No âmbito da Assistência de Alta Complexidade, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC tem como finalidade intermediar a referência interestadual de pacientes que necessitam desse tipo de atendimento, em caráter eletivo, nas circunstâncias em que inexistir, no estado de origem, serviços habilitados pelo Ministério da Saúde capazes de realizar o atendimento em questão, conforme disposto no Anexo 1, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, e demais regulamentos específicos.

Art. 23. A Central de Regulação pode ter diferentes modalidades, conforme organização local:

I - Central de Regulação Ambulatorial: regula o acesso a consultas, exames, terapias e demais procedimentos realizados em regime ambulatorial;

II - Central de Regulação de Internação Hospitalar: regula o acesso aos leitos eletivos ou de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgência: regula os atendimentos de urgência e o acesso aos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência.

Parágrafo único. Os aspectos organizacionais e de financiamento das Centrais de Regulação serão detalhados em portarias específicas e poderão ser complementados por documentos técnicos.

Art. 24. As Centrais de Regulação devem dispor de:

I - estrutura física e tecnológica adequada, incluindo sistemas de regulação inteligentes, capazes de qualificar as ações dos profissionais da regulação;

II - equipes multiprofissionais devidamente capacitadas;

III - processos e fluxos de articulação com os NIR, NGC, NAG e demais estruturas relacionadas à regulação e à gestão do cuidado no âmbito dos estabelecimentos de saúde; e

IV - protocolos de acesso e fluxos assistenciais pactuados.

Art. 25. São atribuições da Central de Regulação:

I - análise de informações referentes à situação de saúde, demanda, oferta, listas e tempos de espera;

II - monitoramento do cumprimento dos contratos, subsidiando o controle dos limites físicos e financeiros e formulação de propostas de ajustes, quando necessário;

III - análise de registros clínicos para subsidiar a revisão da grade de referência e de fluxos;

IV - execução da Regulação do Acesso e a gestão de listas de espera, tendo como base os protocolos de acesso, as grades de referência, a contratualização dos pontos de atenção e demais documentos orientadores do processo regulatório local;

V - gestão e monitoramento da ocupação de leitos, das portas de urgência, de agendas de consultas, exames e procedimentos terapêuticos e de reabilitação, bem como de absenteísmo e da perda primária, conforme tipologia da central;

VI - elaboração de subsídios para a formulação ou atualização de protocolos de acesso e apoio à sua implementação na rede;

VII - participação nas comissões de acompanhamento de contratualização dos estabelecimentos de saúde; e

VIII- participação em fóruns regionais de regulação do acesso.

Art. 26. A gestão das listas de espera deve ser permanente e ser realizada de forma compartilhada entre os pontos de atenção da RAS, especialmente da APS, com apoio da Central de Regulação, contemplando as seguintes ações:

I - utilização de critérios de prioridade por risco, tempo de espera e vulnerabilidade, conforme protocolos vigentes;

II - adoção de mecanismos sistemáticos de atualização de informações cadastrais e clínicas dos usuários;

III - transparência das ações, tanto para os usuários individualmente, quanto para fins de controle social, resguardados os aspectos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD; e

IV - utilização da telessaúde como ferramenta de apoio e de matriciamento entre APS e AES.

Art. 27. Estados, Distrito Federal e municípios devem avaliar e incorporar critérios de priorização nos protocolos de acesso para usuários em situações de vulnerabilidade e com barreiras de acesso.

§ 1º No caso de regiões com populações indígenas, tal avaliação deve ser feita em parceria com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, com foco nos usuários atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS, em acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI.

§ 2º Esses critérios devem ser definidos com base em dados epidemiológicos, socioculturais e geográficos e devem ser revisados periodicamente.

Art. 28. Estados e municípios, em parceria com os DSEI, devem estabelecer fluxos regulatórios específicos para o acesso de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato - PIIRC, especialmente na AES, priorizando a garantia do acesso oportuno, para minimizar riscos sanitários e agravos em saúde.

Do transporte sanitário

Art. 29. O transporte sanitário, no âmbito da gestão do acesso no SUS, compreende as ações de transporte sanitário eletivo, de transporte em situações de urgência e emergência e o Tratamento Fora do Domicílio - TFD, com a finalidade de garantir o deslocamento seguro e oportuno de usuários entre os pontos de atenção da RAS, assegurando a continuidade do cuidado.

§ 1º Considera-se transporte sanitário eletivo o destinado a usuários que necessitam de deslocamento programado para a realização de procedimentos ambulatoriais, consultas, exames, reabilitação ou tratamentos em serviços do SUS, dentro do município de residência ou em município de referência, incluído o transporte intermunicipal eletivo.

§ 2º O transporte em situações de urgência e de emergência, incluído o transporte interunidades, regulamentado em norma específica, deve se articular com os demais pontos de atenção da RAS, observadas as pactuações locais.

§ 3º O TFD constitui instrumento de garantia do acesso a procedimentos assistenciais não disponíveis no município de origem, por meio da articulação com a central de regulação correspondente, de modo a garantir cuidado digno e deslocamento adequado ao local de atendimento pelo SUS, conforme normas específicas.

Art. 30. A gestão do acesso ao transporte sanitário deve observar os seguintes critérios, observadas as especificidades dos tipos de transporte previstos no art. 29:

I - planejamento e programação integrada com os fluxos assistenciais da RAS, em especial com os serviços regulados;

II - prioridade para usuários com condições clínicas que exijam acompanhamento contínuo ou que apresentem limitações funcionais e sociais que dificultem o acesso aos serviços;

III - natureza do atendimento, estado clínico do paciente, oferta adequada do serviço e tempo necessário de deslocamento;

IV - adequação dos veículos às normas sanitárias, de acessibilidade e segurança, garantindo o conforto e a proteção do usuário;

V - ordenação local do transporte em articulação com os pontos de atenção, de modo a compatibilizar as agendas clínicas e logísticas;

VI - registro e monitoramento das demandas, da utilização dos veículos e dos tempos de percurso, com vistas à qualificação do serviço; e

VII - conformidade com os protocolos clínicos e de acesso compartilhados na RAS.

Art. 31. A utilização do transporte sanitário deve ser integrada ao processo regulatório local e regional e constar dos planos municipais, regionais ou estaduais de saúde, observadas as pactuações locais correspondentes, com definição de responsabilidades, critérios de acesso, fluxos e indicadores de desempenho.

Art. 32. O dimensionamento do serviço de transporte sanitário deve observar as necessidades e especificidades do território e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos com base nas necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

Parágrafo único. O transporte sanitário deve ser organizado, preferencialmente, de forma regionalizada, com possibilidade de frota compartilhada para transporte de pacientes, especialmente em regiões com baixa densidade populacional.

Art. 33. A utilização de transporte sanitário deve ser gerenciada de forma atrelada à gestão do acesso desenvolvida por meio de mecanismos operacionais (centrais de regulação) ou ações regulatórias que articulam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, a fim de racionalizar o acesso de acordo com a classificação de risco e protocolos pré-definidos e pactuados.

### CAPÍTULO III

#### DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TRANSPARÊNCIA E SAÚDE DIGITAL

Art. 34. A gestão da informação deverá estar orientada para a promoção do cuidado integral, a articulação entre os serviços da RAS e intersetorial, o fomento de métodos e estratégias de gestão, a qualificação e uso de informações em saúde e a produção de conhecimento, planejamento e tomada de decisão.

Art. 35. O processo regulatório deve ser registrado de forma adequada, preferencialmente por meio de sistemas informatizados, interoperáveis e inteligentes, que:

I - melhorem a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos;

II - promovam a comunicação entre os pontos de atenção;

III - promovam o uso da informação para a tomada de decisão;

IV - garantam controle e monitoramento das ações envolvidas;

V - viabilizem atividades de gestão do acesso;

VI - contenham informações completas e qualificadas sobre as condições clínicas e as vulnerabilidades do usuário e outras que assegurem a transição do cuidado de forma segura; e

VII - estimulem a participação dos usuários, de forma a assegurar continuidade do cuidado e evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários.

Parágrafo único. O sistema adotado deverá contemplar, no mínimo, o conjunto de dados estabelecido na versão vigente do Modelo de Informação da Regulação Assistencial - MIRA, de forma a permitir a interoperabilidade dos dados entre os diferentes sistemas utilizados no âmbito do cuidado à saúde, bem como a visualização e disseminação unificada das listas de espera, quando necessário.

Art. 36. Os entes federativos devem alimentar adequadamente os sistemas de informação e compartilhar por meio da RNDs, instância estratégica de recebimento, armazenamento e compartilhamento de dados em saúde, a partir, no mínimo, do conjunto de dados referentes à regulação, contemplado no MIRA, e à produção assistencial, além das demais informações já estabelecidas.

Art. 37. Os sistemas de informação, no âmbito da regulação, devem dispor de funcionalidades que envolvam, entre outros:

I - programação da oferta;

II - meios de classificação de prioridade;

III - perfil para regulação da demanda, com possibilidade de devolutiva sobre solicitações negadas ou reclassificadas, preferencialmente de forma informatizada entre o sistema de regulação e o prontuário eletrônico;

IV - ferramenta de agendamento de ações;

V - relatórios gerenciais;

VI - gestão de listas.

Art. 38. Os processos envolvidos na regulação do acesso devem ser publicizados pelos entes federativos, de modo a permitir o acompanhamento pelo usuário, quanto à sua situação individual e pelo controle social na saúde e pela população em geral, quanto aos aspectos gerais, como definições e requisitos de acesso, listas e tempos médios de espera.

Art. 39. Além da disponibilização em locais físicos, as informações devem estar, preferencialmente, em sites, aplicativos, a exemplo do Meu SUS Digital, ou outros meios de comunicação direta com o cidadão, permitindo acesso e interação com as informações, tais como confirmação ou cancelamento de solicitações e agendamentos, entre outras.

Art. 40. Devem ser instituídos, localmente, mecanismos de comunicação direta entre equipes de APS, equipes de AES e usuários, por meio do uso integrado de múltiplos canais, como mensagens eletrônicas, aplicativos, como o SUS Digital Profissional e veículos de comunicação institucional, que assegurem transparência e clareza das informações.

Art. 41. Com vistas à qualificação do processo de Regulação do Acesso, os entes federativos devem ampliar e implementar a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, promovendo a transformação digital dos serviços de saúde com base em:

I - fortalecimento da governança e da liderança em saúde digital;

II - desenvolvimento da infraestrutura de informação e comunicação e de padrões de interoperabilidade;

III - qualificação permanente dos profissionais de saúde e promoção da cultura digital;

IV - engajamento do cidadão, com estímulo ao uso de ferramentas digitais para acesso, acompanhamento e participação no próprio cuidado;

V - incentivo à pesquisa, à inovação e ao uso de dados em saúde para apoiar a decisão clínica e a gestão; e

VI - expansão da telessaúde, com ampliação do acesso aos serviços, redução de desigualdades regionais e qualificação dos encaminhamentos.

## CAPÍTULO IV

### DA FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E PESQUISA

Art. 42. Devem ser incentivados, de forma gradual e articulada, temas relacionados às três dimensões da regulação nos currículos de graduação e de pós-graduação dos cursos da área da saúde, cabendo ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde promover a articulação em parceria com estruturas locais, regionais e nacionais, tais como as Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES, Escolas de Saúde Pública, Institutos e Universidades, bem como com programas de residência e polos de telessaúde, com o objetivo de promover a cultura de educação permanente em saúde.

Art. 43. As instituições formadoras, em articulação com os serviços de saúde, devem promover estratégias pedagógicas que proporcionem a vivência nos espaços da regulação, por meio de estágios curriculares, práticas supervisionadas, ações de educação permanente e programas de pós-graduação, incluindo as residências em saúde, estimulando a troca de saberes entre trabalhadores dos diferentes pontos de atenção à saúde, gestores, usuários e instituições formadoras, em alinhamento à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Art. 44. O processo de educação permanente entre as equipes da AES e da APS pode ocorrer na forma de supervisão, matriciamento, consultas compartilhadas e teleconsultoria, com vistas a aumentar a resolutividade da APS e qualificar as demandas futuras para a AES, podendo os profissionais de regulação atuar como facilitadores na orientação das equipes e dos gestores, com o fornecimento de devolutivas estruturadas para a qualificação do processo de trabalho.

Art. 45. A produção de pesquisas aplicadas à regulação deve ser fomentada em parceria com instituições de ensino, pesquisa e inovação, assegurando a priorização de estudos que proponham soluções inovadoras e sustentáveis, ampliem a eficiência do acesso e fortaleçam a equidade na atenção à saúde, considerando as demandas dos territórios e das populações em situação de vulnerabilidade, bem como a promoção da participação social na elaboração e na devolutiva dos resultados.

Art. 46. Projetos com financiamento público devem apresentar devolutiva qualificada e pactuada com os gestores locais, trabalhadores e usuários, de modo a subsidiar a gestão do acesso, a tomada de decisão em saúde e a revisão de fluxos e protocolos regulatórios, fortalecendo a capacidade institucional do SUS no território.

## CAPÍTULO V

### DA GOVERNANÇA E RESPONSABILIDADES

Art. 47. A governança da regulação no SUS consiste no conjunto de instâncias, normas, processos e mecanismos institucionais voltados à coordenação, pactuação, monitoramento e avaliação das ações de regulação da atenção à saúde, de modo a assegurar a efetividade, a equidade e a transparência do sistema regulador.

Parágrafo único. A governança da regulação deve ser exercida de forma interfederativa, participativa e regionalizada, fundamentada nos princípios do SUS e articulada com a organização da RAS, observadas as competências dos entes federativos.

Art. 48. A estrutura de governança da regulação compreende a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, as CIBs e as Comissões Intergestores Regionais - CIR, como instâncias de pactuação interfederativa das diretrizes, fluxos, responsabilidades e critérios de acesso aos serviços regulados.

Parágrafo único. O Comitê Executivo de Governança da RAS, vinculado à CIB, constitui espaço de assessoramento, construção técnica e acompanhamento da implementação das ações regulatórias.

Art. 49. As instâncias de gestão do SUS devem incluir, nos instrumentos de planejamento e programação em saúde, as ações de regulação, suas metas, fluxos, pactos e mecanismos de monitoramento e avaliação, promovendo a institucionalização e sustentabilidade no âmbito do SUS.

Art. 50. Compete ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em seu âmbito administrativo:

I - executar as ações relacionadas à Regulação de Sistemas de Saúde, à Regulação da Atenção e à Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde, no que lhe couber;

II - definir e implantar o registro adequado de informações sobre usuários, profissionais, estabelecimentos, ações regulatórias e assistenciais de saúde;

III - garantir o compartilhamento de dados referentes à Regulação do Acesso com a RNDS, bem com a publicização das informações, conforme regulamentações;

IV - elaborar estratégias para o processo de contratualização de serviços de saúde;

V - habilitar serviços de saúde, conforme as normas e políticas específicas do SUS;

VI - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

VII - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de acesso, considerando aspectos clínicos das situações, bem como a relação custo-benefício dos encaminhamentos e intervenções;

VIII - capacitar, de forma permanente, as equipes de regulação, bem como promover a inserção da temática de regulação nos currículos de graduação e de pós-graduação de cursos da saúde;

IX - monitorar a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a implementação das ações de regulação, por meio de indicadores de saúde, para identificar necessidades e direcionar ações de melhoria; e

X - financiar as centrais de regulação e demais dispositivos de Regulação do Acesso nos pontos de atenção, conforme pactuações estabelecidas.

Art. 51. Cabe ao Ministério da Saúde:

I - cooperar técnica e financeiramente com os estados, os municípios e o Distrito Federal para a qualificação das ações de regulação e para a ampliação do acesso em regiões prioritárias;

II - apoiar técnica e financeiramente os estados, os municípios e o Distrito Federal na implantação e na operacionalização das centrais de regulação;

III - promover a articulação com os demais entes da Federação, com vistas à pactuação interestadual;

IV - operacionalizar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC;

V - disponibilizar e apoiar a implantação, em todas as instâncias de gestão do SUS, de sistemas de informação que apoiem à operacionalização das ações de processamento da produção e de regulação do acesso; e

VI - elaborar normas técnicas, em âmbito nacional.

Art. 52. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - cooperar tecnicamente com os municípios e regiões de saúde para a qualificação das ações de regulação;

II - coordenar o processo de planejamento regional, com vistas a promover o acesso equânime às ações e aos serviços de saúde;

III - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação de ações e serviços de saúde intermunicipal e interestadual, de forma a subsidiar a gestão do acesso;

IV - operacionalizar o processo de contratualização das ações e dos serviços necessários para atender à população, quando estiver no seu âmbito de gestão;

V - proceder à contratação e à contratualização dos prestadores de serviços de saúde, sob sua gestão;

VI - coordenar a pactuação intergestores estadual e municipal de fluxos regulatórios, de forma a garantir o acesso e a continuidade do cuidado aos usuários;

VII - alimentar e manter atualizados os sistemas de informação no que se refere aos cadastros, à produção e à regulação do acesso;

VIII - apoiar o processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

IX - estabelecer, de forma pactuada e regulada, as referências entre estados;

X - operacionalizar a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC;

XI - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual ou regional;

XII - implantar mecanismos de telessaúde para agilizar e qualificar o acesso regulado;

XIII - estabelecer atividades de educação permanente junto às equipes regionais ou municipais (de APS e AES) para aprimoramento do acesso às consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

Art. 53. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde:

I - participar da elaboração e da revisão periódica da programação de ações e serviços de saúde intermunicipal e interestadual, a ser pactuada;

II - operacionalizar o processo de contratualização das ações e dos serviços necessários para atender à população, no seu âmbito de gestão;

III - proceder à contratação e à contratualização dos prestadores de serviços de saúde, sob sua gestão;

IV - alimentar, controlar e manter atualizados os registros nos sistemas de informação no que se refere aos cadastros, à produção e à regulação do acesso;

V - apoiar o processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

VI - pactuar a referência a ser realizada para outros municípios, de acordo com a programação de ações e serviços de saúde, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

VII - atuar de forma integrada à CERAC;

VIII - operacionalizar o complexo regulador ou a central de regulação municipal e participar, em cogestão, da operacionalização das centrais de regulação regionais;

IX - viabilizar o processo de gestão do acesso a partir da APS, promovendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

X - promover a articulação e a atuação de forma integrada com os dispositivos de regulação do acesso e da oferta dos estabelecimentos de saúde - NIR, NGC e núcleos ou centrais internas de regulação;

XI - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação de ações e serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal;

Art. 54. Cabe à Secretaria de Saúde do Distrito Federal executar as atividades contidas nos arts. 52 e 53, observadas suas especificidades políticas e administrativas.

## CAPÍTULO VI

### DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 55. O monitoramento e a avaliação da PNR-SUS constituem instrumentos fundamentais de governança interfederativa e de corresponsabilidade dos entes federativos, com o objetivo de assegurar a efetividade, a equidade e a transparência dos processos regulatórios em saúde.

Art. 56. Os indicadores e metas para monitoramento da implementação da PNR-SUS, em suas três dimensões, serão estabelecidos em atos específicos, contemplando, no mínimo, os listados a seguir:

I - percentual de estabelecimentos contratualizados em relação ao total de estabelecimentos;

II - número de centrais de regulação existentes;

III - número de centrais de regulação habilitadas para custeio federal;

IV - número e percentual de municípios e Unidades da Federação que enviam, periodicamente, dados de regulação do acesso à RNDS;

V - percentual de atendimentos regulados realizados na AES;

VI - tempo médio de espera para o acesso regulado aos serviços da AES; e

VII - percentual de absenteísmo em atendimentos regulados na AES.

## CAPÍTULO VII

### DO FINANCIAMENTO

Art. 57. O financiamento da regulação será objeto de regulamentação complementar, considerando a necessidade de apoio específico para investimento e custeio das centrais de regulação, a partir da definição de referência territorial, bem como da quantidade e da composição das equipes.

Art. 58. O financiamento das ações de regulação em saúde será realizado de forma tripartite, após pactuação entre as três esferas da gestão, em conformidade com as normas específicas do SUS.

## CAPÍTULO VIII

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 59. A implementação da PNR-SUS nos territórios será apoiada por meio de Plano Operativo, a ser pactuado no âmbito tripartite no prazo de até cento e oitenta dias, a contar da data de publicação desta Portaria, com indicação de ações estratégicas e atividades a serem desenvolvidas e monitoradas pelas três esferas de gestão e de controle social.

Art. 60. Fica revogado o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Art. 61. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

---

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

---