



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA TÉCNICA Nº 50/2026-CGADOM/DAHUD/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

Critérios técnicos de funcionamento do Programa Melhor em Casa (PMeC) para subsídio à elaboração de manifestações técnicas sobre demandas de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. **ANALISE**

Esta Nota Técnica reúne critérios técnicos e normativos de funcionamento do Programa Melhor em Casa (PMeC) com o objetivo de subsidiar a elaboração de manifestações técnicas para demandas relacionadas à Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS. Esclarece os parâmetros técnicos que orientam o funcionamento do PMeC, de modo a demonstrar que o programa dispõe de diretrizes próprias, fundamentadas em avaliação clínica, funcional e orçamentária, aptas a atender as necessidades de saúde da pessoa no âmbito do SUS.

2.1. BASE NORMATIVA E MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) é regulamentada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Nos termos do art. 535, a AD é indicada para pessoas que, em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de forma temporária ou definitiva, ou em condição de vulnerabilidade na qual a AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos¹.

A AD organiza-se em três modalidades (art. 536)¹:

AD1: usuário com condição crônica estável, que necessita de cuidados de menor frequência e menor intensidade de intervenção multiprofissional. É de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS)².

AD2: usuário com necessidade de cuidados multiprofissionais transitórios e intensificados, no mínimo semanais, em razão de afecções agudas ou crônico-agudizadas. Pode envolver o uso de equipamentos, desde que compatíveis com a frequência e a intensidade de cuidado próprias dessa modalidade².

AD3: usuário com qualquer das condições da modalidade AD2, associada à necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente e de maior complexidade técnica. O enquadramento na modalidade AD3 decorre da intensidade e da complexidade do cuidado multiprofissional exigido, e não do uso isolado de equipamento. O emprego de aparelhos como ventilador mecânico domiciliar, por exemplo, é indicativo de AD3 quando associado a esse nível de cuidado, e não constitui, por si só, critério suficiente para a classificação nessa modalidade².

O atendimento nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), operacionalizado pelo PMeC por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)^{1,2}.

A elegibilidade do usuário ao SAD/PMeC é definida por meio do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD), que classifica o perfil de complexidade nas modalidades AD1, AD2 e AD3 a partir de critérios clínicos, funcionais e sociais, com pontuação e pontos de corte definidos³.

Para pessoas idosas com condições crônicas estáveis ou estabilizadas, restritas ao domicílio e sem necessidade de procedimentos de maior densidade tecnológica, o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), instituído pela Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025, organiza o cuidado no âmbito da APS, por meio das equipes Multiprofissionais (eMulti), o que evidencia a existência, dentro do SUS, de pontos de atenção correspondentes a diferentes perfis de necessidade⁴.

2.2. DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO E DA AUSÊNCIA DE PREVISÃO PARA REGIME CONTÍNUO DE 12 OU 24 HORAS

Um dos questionamentos recorrentes refere-se à possibilidade de determinação de equipe de enfermagem em regime de 12 ou 24 horas no domicílio, nos moldes praticados pela saúde suplementar privada, sob a denominação genérica de "home care". Esse modelo não encontra correspondência na regulamentação da AD no SUS.

O funcionamento de 12 ou 24 horas previsto na regulamentação (arts. 546, §1º, e 549, §7º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, com redação dada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024) refere-se à vinculação institucional das equipes EMAD, EMAP e EMAP-R a estabelecimentos de saúde de funcionamento estendido, preferencialmente hospitais ou serviços de urgência e emergência, com a finalidade de garantir retaguarda para intercorrências fora do horário de funcionamento do PMeC e de facilitar o acesso a apoio diagnóstico e insumos. Não se trata, portanto, de exigência de permanência contínua de um profissional de enfermagem no domicílio de cada usuário².

O PMeC ofertará, no mínimo, 12 horas/dia de funcionamento, organizado no formato de cuidado horizontal em dias úteis, com possibilidade de regime de plantão em finais de semana e feriados, de modo a assegurar a continuidade da atenção (art. 553 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017)¹. A carga horária dos profissionais de enfermagem que compõem a EMAD e a EMAP-R é dimensionada para o conjunto de usuários sob responsabilidade da equipe, e não de forma individualizada e contínua para um único usuário².

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 3.005/2024 estabelece, no art. 544, os critérios de inelegibilidade à AD, entre os quais consta a necessidade clínica que demande assistência de qualquer profissional de saúde presencial permanente e/ou monitorização contínua, bem como a instabilidade hemodinâmica ou respiratória, ou outra condição que configure risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, ressalvados os casos de cuidados paliativos em fase final de vida com Diretivas Antecipadas de Vontade e equipe apta a prestar a assistência necessária². A necessidade de assistência contínua e presencial de profissional de saúde constitui, pela própria regulamentação, critério de inelegibilidade ao PMeC, e não uma modalidade de cuidado a ser ofertada pelo programa. Quando o quadro clínico do usuário demanda esse nível de assistência, a atenção indicada é a hospitalar, e não a domiciliar.

A Nota Informativa nº 1/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS, elaborada em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, esclarece que a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 917/2024 não estabelece exigência de presença de membro da equipe em tempo integral no domicílio, inclusive nos casos de ventilação mecânica invasiva e demais procedimentos de maior complexidade. Nesses casos, a atenção integral é entendida como a oferta de cuidado intensivo, com maior frequência de visitas e abordagem multiprofissional, associada à presença de cuidador capacitado para reconhecer e manejar intercorrências ou acionar a retaguarda apropriada, com as ações e os respectivos responsáveis registrados no Plano de Atendimento Domiciliar (PAD)⁵.

2.3. DO CUIDADOR NO PMeC

O cuidador é definido pela regulamentação como a pessoa, com ou sem vínculo familiar, preparada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana^{2,6}. A presença de cuidador identificado é condição de admissão para usuários com dependência funcional², e sua atuação é parte constitutiva do modelo assistencial do PMeC.

O cuidador pode ser preparado sob supervisão da equipe de saúde, para procedimentos de menor complexidade, tais como higienização, banho no leito, administração de medicamentos por via oral, aferição de temperatura, mudança de decúbito, cuidados com sondas para dietas enterais e identificação de sinais de alerta⁶. Procedimentos que exigem conhecimento técnico-científico aprofundado e avaliação clínica permanecem como atos privativos das categorias profissionais regulamentadas, conforme a Lei nº 7.498/1986 e as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), entre eles a administração de medicamentos injetáveis, curativos complexos e procedimentos invasivos⁶.

Em situações específicas de cuidado familiar no domicílio, o Parecer Cofen nº 22/2022 reconhece a legalidade de o enfermeiro preparar e delegar ao cuidador familiar leigo a realização de aspiração de vias aéreas, restrita ao ambiente domiciliar e ao cuidador sem vínculo empregatício com serviços de saúde, permanecendo a responsabilidade técnica pela execução do procedimento vinculada aos profissionais de enfermagem do SAD⁶. De forma complementar, a Resolução Coffito nº 565/2022, que normatiza a atuação da fisioterapia na Atenção Domiciliar, prevê a possibilidade de orientação ao cuidador quanto a cuidados básicos voltados à melhora do quadro funcional do usuário⁶.

Esses dispositivos demonstram que a atuação do cuidador no PMeC é delimitada e passível de qualificação técnica, constituindo corresponsabilidade formalizada no cuidado, sem que essa condição substitua a assistência técnica dos profissionais de saúde quando esta for tecnicamente exigida.

2.4. DA FISIOTERAPIA NO PMeC E DA DEFINIÇÃO DA INTENSIDADE DO CUIDADO

O acesso à fisioterapia no PMeC ocorre por encaminhamento para avaliação multiprofissional, mediante critérios de admissão definidos em avaliação clínico-funcional⁷. A frequência e a intensidade dos atendimentos de fisioterapia não são fixadas de forma genérica ou externa ao processo assistencial, mas definidas pelo fisioterapeuta responsável a partir da avaliação individual do usuário, no âmbito do Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado pela equipe multiprofissional^{2,7}.

Para essa avaliação, utiliza-se como referência a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), instituída pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) e alinhada à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde⁷. A CBDF organiza os achados da avaliação fisioterapêutica em níveis de complexidade

cinético-funcional, graduados por qualificadores de 0 a 4. Níveis III e IV, que indicam comprometimento grave ou completo, são indicativos de necessidade de AD especializada (AD2/AD3), quando o usuário estiver clinicamente estável, ou de atenção hospitalar e de urgência e emergência, quando o usuário estiver instável. Níveis I e II podem direcionar o cuidado para a Atenção Básica ou para a reabilitação ambulatorial⁷.

Essa classificação é complementar ao IAEC-AD³ e subsidia as decisões sobre admissão, continuidade, alta e transição do cuidado fisioterapêutico entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sempre a partir de reavaliações periódicas realizadas pelo profissional fisioterapeuta, que consideram a evolução funcional do usuário⁷. A ferramenta apresentada pela Nota Técnica nº 49/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS constitui recomendação orientadora, que complementa, sem substituir, a avaliação clínica e a decisão multiprofissional, as quais devem considerar também variáveis contextuais como presença de cuidador, suporte familiar, condições ambientais e disponibilidade da rede de saúde⁷.

Dessa forma, a determinação da frequência e da intensidade dos atendimentos fisioterapêuticos é ato técnico privativo do profissional fisioterapeuta, fundamentado em avaliação funcional individualizada e documentado no PTS e no prontuário domiciliar, não sendo passível de fixação por parâmetros externos desvinculados dessa avaliação.

O mesmo se atribui a outros profissionais que compõem o PMeC, como fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais entre outros que são indicados para compor as equipes. A decisão terapêutica, bem como frequência e intensidade de visitas, são de autonomia do profissional que avalia o usuário e todo o contexto biopsicossocial.

2.5. DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA E DA VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR

Outro conjunto de questionamentos recebidos por esta área envolve a disponibilização de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) e de ventilação mecânica domiciliar (VMD), muitas vezes solicitadas de forma isolada, sem vinculação a avaliação clínica prévia realizada por equipe de saúde.

2.5.1. Oxigenoterapia domiciliar prolongada

A necessidade de ODP não indica, por si só, cuidado domiciliar intensivo. Há casos que podem ser acompanhados pela Atenção Básica, na modalidade AD1, e casos em que a complexidade da condição clínica indica acompanhamento pelo SAD/PMeC, nas modalidades AD2 ou AD3^{1,2}. A definição do serviço mais adequado depende de avaliação clínica realizada no local pela equipe de saúde, que analisa os critérios clínicos e a densidade de cuidados necessários ao caso.

2.5.2. Ventilação mecânica domiciliar

A ventilação mecânica invasiva domiciliar foi incorporada ao SUS pela Portaria nº 68, de 25 de janeiro de 2018, para pacientes com insuficiência respiratória crônica⁸. No âmbito da AD, a modalidade AD3 contempla, entre suas indicações, o uso de ventilação mecânica invasiva e não invasiva associado a cuidado multiprofissional frequente^{1,2}. A Nota Informativa nº 46/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS detalha os critérios técnicos que caracterizam um equipamento como de suporte à vida e que orientam a habilitação e o funcionamento seguro dos equipamentos utilizados pelas equipes do PMeC no domicílio, e não representam impedimento à oferta do cuidado¹⁰.

O IAEC-AD inclui o uso de ventilação mecânica invasiva entre as indicações clínicas especiais que classificam automaticamente o usuário nas

modalidades AD2 ou AD3, reforçando que a complexidade ventilatória é considerada critério de admissão ao PMeC, e não de exclusão¹¹.

2.5.3. Financiamento e responsabilidade pela oferta de equipamentos

O financiamento do SUS observa lógica tripartite. A União normatiza a Atenção Domiciliar e transfere incentivos financeiros de custeio aos fundos municipais e estaduais, sendo o custeio das equipes do PMeC realizado pelo Teto de Média e Alta Complexidade (MAC), destinado à manutenção operacional, à aquisição de insumos necessários ao cuidado domiciliar e à organização logística dos estoques locais^{1,2}. Quando o usuário está admitido no PMeC, os insumos e equipamentos necessários ao seu cuidado integram a assistência prestada pela equipe. No entanto, a disponibilização é de responsabilidade do gestor local do SUS, por força do princípio da descentralização, cabendo à União o papel de normatização e de repasse de incentivos financeiros, inclusive por meio do PMeC.

2.6. DA ATENÇÃO DOMICILIAR A PESSOAS COM DOENÇAS RARAS E CONDIÇÕES CLÍNICAS COMPLEXAS

O SAD/PMeC integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) também como ponto de cuidado para pessoas com doenças raras, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), que prevê a garantia de acesso aos diferentes pontos de atenção do SUS^{12,13}. A elegibilidade e a permanência desses usuários no programa seguem os mesmos instrumentos aplicáveis aos demais casos de atenção domiciliar especializada, com avaliação clínica e funcional individualizada por meio do IAEC-AD³, sem parâmetros uniformes de frequência ou intensidade pré-fixados¹⁴.

A frequência das visitas domiciliares para esse perfil de usuário deve ser compatível com a complexidade clínica, funcional e assistencial apresentada em cada caso, observando os objetivos terapêuticos definidos e as prerrogativas constantes em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)¹⁴. O programa prevê frequência aumentada de cuidados no domicílio quando a condição do usuário assim o exigir, sempre a partir dessa avaliação individualizada, e não de solicitação dissociada de critério clínico-funcional.

A organização desse cuidado ocorre por meio das equipes multiprofissionais do SAD/PMeC (EMAD, EMAP e EMAP-R), incluindo arranjos assistenciais voltados à atenção pediátrica de pessoas com doenças raras, com ou sem cuidados paliativos e ventilação mecânica domiciliar, conforme as necessidades do território e o perfil epidemiológico local¹⁴. Compete à gestão local, em articulação com os demais pontos da RAS, estruturar fluxos assistenciais, ações de matriciamento e educação permanente das equipes, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado a essa população.

2.7. DO RESSARCIMENTO POR SERVIÇOS PARTICULARES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O SUS não opera a Atenção Domiciliar por meio de reembolso de despesas ao usuário, mas por financiamento direto e específico das equipes que compõem o SAD. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD é definido por tipologia de equipe, com valores mensais próprios para EMAD tipo I, EMAD tipo II, EMAP e EMAP-R, repassados mensalmente do Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo habilitado (arts. 305 a 312 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017)¹. Esse desenho de financiamento já contempla a estruturação e a manutenção da assistência multiprofissional prestada pelas equipes do PMeC, o que torna incompatível com o modelo a criação de via paralela de ressarcimento a serviços contratados de forma particular pelo usuário.

O financiamento da Atenção Domiciliar observa, ainda, lógica tripartite. Cabe à União, por meio do Ministério da Saúde, normatizar o programa e transferir os incentivos financeiros de custeio e de habilitação aos fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal^{1,15}. Eventual complementação aos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação estabelecida nas respectivas Comissões Intergestores (CIB e, quando houver, CIR)¹. Da mesma forma, a manutenção do cadastro das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), condição para o repasse dos recursos, é responsabilidade dos gestores estaduais, distritais e municipais¹.

3. CONCLUSÃO

O funcionamento do PMeC observa critérios técnicos, clínicos e orçamentários próprios, definidos pela regulamentação da Atenção Domiciliar e operacionalizados por instrumentos como o IAEC-AD e o PTS. Cada um dos temas tratados nesta nota, seja a composição da equipe de enfermagem, a atuação do cuidador, a intensidade da fisioterapia, a oferta de equipamentos de suporte à vida, o cuidado a doenças raras ou o financiamento do serviço, corresponde a hipótese já prevista e delimitada pela normativa vigente, e não a lacuna assistencial do SUS.

Essa nota serve para uniformizar o entendimento técnico sobre esses pontos, de modo que as manifestações desta área sigam parâmetro consistente diante de demandas semelhantes, fundamentadas nos mesmos critérios clínicos e normativos, independentemente de quem as elabore. Reforça-se, ainda, que a decisão sobre modalidade de cuidado, intensidade de assistência ou elegibilidade ao programa é sempre resultado de avaliação técnica individualizada, e não de determinação genérica dissociada do quadro clínico e funcional do usuário. Quando a necessidade do usuário extrapola os critérios de elegibilidade ao PMeC, notadamente por instabilidade clínica ou por exigir assistência presencial permanente, a atenção indicada é a hospitalar.

4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHU/SAES. Nota Técnica nº 10/2023. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Institui o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Informativa nº 1/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS. Elucida a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 917, de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHU/SAES. Nota Técnica nº 40/2025. Suporte Básico ao Cuidador no Programa Melhor em Casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHUD/SAES. Nota Técnica nº 49/2025. Gestão da Transição do Cuidado em Fisioterapia no Programa Melhor em Casa (PMeC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 68, de 25 de janeiro de 2018. Aprova a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar para pacientes com doenças neuromusculares, com uso de traqueostomia, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2018.
9. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 917, de 24 de fevereiro de 2024. Dispõe sobre os Serviços de Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2024.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHUD/SAES. Nota Informativa nº 46/2025. Definição de Equipamento de Suporte à Vida no Âmbito do Programa Melhor em Casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHU/SAES. Nota Informativa nº 5/2025. Programa Melhor em Casa e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR). Instituída pela Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014, consolidada no Anexo XXXVIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHUD/SAES; CGRAR/DAET/SAES. Nota Técnica nº 41/2026. Recomendações para o Serviço de Atenção Domiciliar destinadas ao acompanhamento de pessoas com doenças raras e condições clínicas complexas no Programa Melhor em Casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.949, de 18 de junho de 2024. Estabelece recursos financeiros para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com detalhamento dos valores por tipologia de equipe. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024.

TARCÍSIO NEMA DE AQUINO

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHUD/SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Nema de Aquino**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 20/07/2026, às 13:49, 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 **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 21/07/2026, às 07:41, 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 **0056852246** e o código CRC **391F9CDD**.

Referência: Processo nº 25000.108721/2026-35

SEI nº 0056852246

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM
Esplanada dos Ministérios, bloco O 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br