



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 715/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de Nota Técnica explicativa com orientações sobre solicitação de credenciamento, no âmbito do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESF/SAPS/MS), de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde – APS.

2. **ANÁLISE**

2.1. O credenciamento das equipes e serviços da APS encontra-se regulamentado no tópico “6 – DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA”, no item “III - Do credenciamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da “Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização”.

2.2. No intuito de instituir fluxo de credenciamento desburocratizado, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 1.710, de 8 de julho de 2019, nº 3.119, de 27 de novembro de 2019; a Portaria GM/MS nº 804, de 14 de abril de 2020, de alteração do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017 nas disposições que tratam do credenciamento de equipes e serviços da APS; e a Portaria GM/MS nº 1.037, de 21 de maio de 2021, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios técnicos para a definição da ordem de prioridade da análise de solicitações de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas de Atenção Primária à Saúde - APS.

2.3. Prestados os esclarecimentos acerca da regulamentação normativa bem como aos seus critérios técnicos para o credenciamento de equipes e serviços da APS, a presente nota técnica apresenta os fluxos para solicitação de credenciamento no âmbito do DESF/SAPS/MS, os modelos de documentos a serem utilizados pela gestão municipal e do Distrito Federal nas solicitações de credenciamento, por meio dos Anexos I ao VII constituintes no presente pleito (0022742716), assim como as informações acerca do prazo máximo para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES das equipes e serviços credenciados no escopo da APS.

**I. DO FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

2.4. Em acordo com o descrito no item “III – Do credenciamento”, do tópico 6 do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, as competências e procedimentos necessário por parte dos gestores dos entes municipais e do Distrito Federal, bem como os estaduais e do Ministério da Saúde deverão, no escopo da tramitação das solicitações de credenciamento, considerar as orientações conforme segue.

2.5. No tocante ao fluxo para solicitação de credenciamento das estratégias de:

- I - Equipe de Saúde da Família - eSF;
- II - Equipe de Saúde Bucal - eSB;
- III - Equipe de Atenção Primária - eAP;
- IV - Equipe de Consultório na Rua - eCR;

V - Unidade Odontológica Móvel - UOM; e

VI - Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

#### 2.5.1. **COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL E DO DISTRITO FEDERAL:**

a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.

b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

c) Solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de serviços e equipes via ofício ou por meio de sistema de informação específico nos casos em que se aplique, conforme detalhamento no Quadro do Anexo I a esta Nota Técnica.

d) Elaborar e enviar o ofício ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para conhecimento da solicitação de credenciamento pleiteada ao Ministério da Saúde, conforme modelo disponibilizado no Anexo II a esta Nota Técnica.

e) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento do serviço ou equipe e dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à SES e à CIB, conforme modelo disponibilizado no Anexo III a esta Nota Técnica, o ofício deve estar preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.

#### 2.5.2. **OBSERVAÇÕES:**

I - Para as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), além dos documentos acima descritos, é necessário o envio da Proposta de Implantação da UOM, conforme modelo do Anexo IV a esta Nota Técnica;

II - Poderão ser solicitados à gestão municipal ou distrital outros documentos específicos, de acordo com as normativas que regulamentam cada estratégia, programa ou serviço; e

III - Não é necessário o envio de documentos físicos relacionados a solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde nos casos em que esta ocorra via sistema, conforme quadro do Anexo I.

#### 2.5.3. **COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

a) Receber a documentação encaminhada pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde e inseri-las no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, no caso das solicitações via ofício.

b) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.

c) Publicar a portaria de credenciamento das solicitações deferidas, condicionada a disponibilidade orçamentária.

d) Informar em relatório público na plataforma on-line e-Gestor AB o status das solicitações de credenciamento.

2.5.4. **OBSERVAÇÃO:** Nos casos de restrição orçamentária poderão ser aplicados os critérios técnicos de priorização das solicitações previstos na Portaria GM/MS nº 1.037, de 21 de maio de 2021 que alterou o Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.

2.6. No tocante ao fluxo para solicitação de credenciamento das estratégias de

I - Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR e seus componentes extras; e

## II - Unidades Básicas de Saúde Fluviais - UBSF e seus componentes extras.

2.6.1. **COMPETE À GESTÃO MUNICIPAL:**

- a) Prever no Plano Municipal de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.
- b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal.
- c) Enviar o projeto de solicitação de credenciamento à Secretaria Estadual de Saúde, sendo que este poderá ser elaborado com base nos tópicos descritos abaixo:

<b>Território</b>	População coberta. Mapeamento das áreas.
<b>Composição de equipe</b>	Categoria profissional e carga horária dos membros que irão compor a equipe. Tipo de equipe.
<b>Infraestrutura da UBS</b>	Características da estrutura física. Ambientes e equipamentos de apoio disponíveis na UBS de acordo com o tipo de equipe.
<b>Rede de Atenção à Saúde</b>	Serviços disponíveis no município ou a necessidade de encaminhar para outro município, para garantia da referência e, contrarreferência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, além da forma de dispensação de medicamentos (se na própria unidade ou em outro estabelecimento).
<b>Ações desenvolvidas</b>	Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pela(s) equipe(s) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional e suas especificidades regionais.
<b>Gestão de Processo de Trabalho das Equipes</b>	Descrição do processo de gerenciamento e apoio ao trabalho das equipes, educação permanente, monitoramento e avaliação, planejamento por parte da gestão local.
<b>Monitoramento e avaliação</b>	Descrição dos instrumentos utilizados no processo de monitoramento e avaliação.
<b>Anexar cópia da Ata do Conselho Municipal de Saúde</b>	

2.6.2. Posteriormente aos procedimentos indicados acima (2.5.1), **para prosseguimento da solicitação de credenciamento da Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR** e seus componentes extras, a gestão municipal deverá:

- a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento da eSFR, conforme modelo disponibilizado no Anexo V a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.
- b) Enviar cópia da Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, conforme modelo disponibilizado no Anexo VII a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

2.6.3. Posteriormente aos procedimentos indicados acima (2.5.1), **para prosseguimento da solicitação de credenciamento da Unidades Básicas de Saúde Fluviais - UBSF** e seus componentes extras, a gestão municipal deverá:

- a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento da UBSF, conforme modelo disponibilizado no Anexo VI a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.
- b) Enviar cópia dos seguintes documentos:

- I - Projeto de implantação da UBSF com plano de navegação e fotos da embarcação (no caso de UBSF com consultório odontológico, constar as fotos específicas do consultório odontológico e equipamentos);
- II - Título de Inscrição de Embarcação, com o número, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos) com data de validade vigente;
- III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) com data de validade vigente;
- IV - Atestado de conclusão da obra inserido no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB); e
- V - Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

#### 2.6.4. **COMPETE A GESTÃO ESTADUAL:**

- a) Analisar o projeto enviado pelo município.
- b) Encaminhar a solicitação de credenciamento para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, conforme modelo disponibilizado no Anexo VII a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

#### 2.6.5. **COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

- a) Receber a documentação encaminhada pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde e inseri-las no SEI, no caso das solicitações via ofício.
- b) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.
- c) Publicar a portaria de credenciamento das solicitações deferidas, condicionada a disponibilidade orçamentária.
- d) Informar em relatório público na plataforma on-line e-Gestor AB a situação das solicitações de credenciamento.

## **II. DO ENVIO DE DOCUMENTOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE NOS CASOS DAS SOLICITAÇÕES VIA OFÍCIO**

2.7. A documentação a ser encaminhada ao Ministério da Saúde deverá ser direcionada ao Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) e enviada via correio ou correio eletrônico.

2.7.1. **Para envio da solicitação via correio**, considerar o endereço: Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, CEP: 70058-900. Brasília-DF. A confirmação do recebimento dos documentos enviados para o Ministério da Saúde pode ser tratada junto ao Serviço de Apoio Administrativo - SEAD, por meio do endereço [sead@saude.gov.br](mailto:sead@saude.gov.br).

2.7.2. **Para o envio da solicitação via correio eletrônico**, é necessário que o ofício digitalizado seja direcionado para o endereço eletrônico: [protocologeral@saude.gov.br](mailto:protocologeral@saude.gov.br).

2.7.3. Orienta-se que para o acompanhamento do processo seja solicitado o Número Único do Protocolo (NUP) no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) gerado pelo setor que recebeu a documentação.

#### 2.7.4. **Cabe destacar que:**

- I - Documentações encaminhadas sem assinatura, divergentes dos modelos disponibilizados nos Anexos a esta Nota Técnica, ilegíveis, incompletas ou com qualquer outra inconsistência serão colocadas em pendência;
- II - Documentações de solicitações encaminhadas via ofício que deveriam ser realizadas via sistema, conforme Anexo I, serão recusadas e arquivadas; e
- III - Orienta-se que os ofícios encaminhados apresentem numeração e data conforme modelos disponibilizados nos Anexos, considerando a **(I) identificação do**

**setor/área responsável; (II) Ofício nº (número/ano); (III) Cidade – UF; e (IV) dia, mês e ano.**

2.7.5. **Ademais, para consulta das solicitações de credenciamentos realizadas via ofício, orienta-se:**

- I - Acessar o site: <https://egestorab.saude.gov.br/>;
- II - Selecionar os itens “Relatórios Públicos” à “Financiamento APS” à “Solicitações de Credenciamento”;
- III - Selecionar “Solicitações via Documento Físico”.

### III. DO PRAZO PARA CADASTRAMENTO DAS EQUIPES E SERVIÇOS CREDENCIADOS NO SCNES

2.8. Após publicação de portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União (DOU), a gestão municipal e distrital deverá cadastrá-los no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), observando os critérios exigidos para homologação dos códigos Identificador Nacional de Equipes - INE e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, num prazo máximo de 6 (seis) competências consecutivas, a contar da data de publicação da referida portaria. Caso esse prazo não seja cumprido, haverá o descredenciamento das equipes ou serviços, conforme disposto no § 1º do art. 3º da Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021:

§ 1º Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União, a gestão municipal, distrital ou estadual deverá cadastrar a(s) equipe(s) e o(s) serviço(s) no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), num prazo máximo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) e serviço(s) caso esse prazo não seja cumprido, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que reúne as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 2º, § 1º) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

2.8.1. Para visualização do prazo máximo para cadastramento das equipes e serviços no SCNES, segue quadro abaixo:

#### PRAZO MÁXIMO PARA CADASTRO DAS EQUIPES E SERVIÇOS NO SCNES APÓS PUBLICAÇÃO DA PORTARIA DE CREDENCIAMENTO

DATA DE PUBLICAÇÃO DA PORTARIA DE CREDENCIAMENTO	PRAZO MÁXIMO PARA CADASTRO (COMPETÊNCIA CNES)
De 01 a 31 de Janeiro	Julho
De 01 a 28/29 de Fevereiro	Agosto
De 01 a 31 de Março	Setembro
De 01 a 30 de Abril	Outubro
De 01 a 31 de Maio	Novembro
De 01 a 30 de Junho	Dezembro
De 01 a 31 de Julho	Janeiro
De 01 a 31 de Agosto	Fevereiro
De 01 a 30 de Setembro	Março
De 01 a 31 de Outubro	Abril
De 01 a 30 de Novembro	Maio
De 01 a 31 de Dezembro	Junho

2.8.2. Destarte, cabe frisar que o cronograma de envio da remessa CNES está disponível para acesso público por meio do sítio eletrônico: <https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Cronograma>. Ainda, ressalta-se que o cronograma de envio de dados ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria MS/SAPS nº 4, de 28 de janeiro de 2021, está disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-28-de-janeiro-de-2021-301404483>

2.8.3. Para recebimento dos incentivos financeiros correspondentes às equipes e aos serviços que atuam na Atenção Primária à Saúde, efetivamente credenciados em portaria e cadastrados no SCNES, os municípios e Distrito Federal deverão alimentar os dados no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde vigente, comprovando obrigatoriamente o início e a execução das atividades, conforme disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Bem como as disposições específicas detalhadas no Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; no Capítulo V do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017; e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 02 de junho de 2021.

#### **IV. DA ALTERAÇÃO DE TIPOLOGIA DE EQUIPES E/OU ADESÃO AOS PROGRAMAS**

2.9. Nos casos em que seja identificada a necessidade de alteração de tipologia de equipes, e/ou adesão/homologação aos programas e estratégias da APS, será adotada as competências e orientações na forma que segue.

##### **2.9.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL OU DISTRITAL:**

a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.

b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

c) Elaborar e enviar o ofício ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para conhecimento da solicitação de alteração de tipologia das equipes e/ou adesão aos programas pleiteados ao Ministério da Saúde.

d) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de alteração de tipologia das equipes e/ou adesão aos programas, dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.

##### **2.9.2. OBSERVAÇÕES:**

I - No caso de alteração da eAP para eSF: o Ofício enviado ao Ministério da Saúde deve identificar o código INE das respectivas das duas equipes de Atenção Primária credenciadas e homologadas e da equipe de Saúde da Família para posterior credenciamento e homologação;

II - No caso de alteração da eSB com carga horária diferenciada para eSB 40 horas: o Ofício enviado ao Ministério da Saúde deve identificar o código INE das respectivas duas equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada credenciadas e homologadas e da equipe de Saúde Bucal 40h para posterior credenciamento e homologação; e

III - No caso da alteração do tipo de adesão ao **PROGRAMA SAÚDE NA HORA**: o Ofício enviado ao Ministério da Saúde deve identificar o código CNES, os códigos INES e tipo de adesão da Unidade Saúde da Família habilitada.

##### **2.9.3. COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

a) Receber a documentação encaminhada pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde e inseri-las no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, no caso das solicitações via ofício.

b) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.

c) Publicar a portaria de credenciamento das solicitações deferidas, condicionada a disponibilidade orçamentária.

d) Informar em relatório público na plataforma on-line e-Gestor AB a situação das solicitações de credenciamento.

## V. DO CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA E-GESTOR AB

2.10. Nos casos em que seja identificada a necessidade de cancelamento da solicitação de credenciamento via o e-Gestor AB aos programas e estratégias da APS, será adotada as competências e orientações na forma que segue.

### 2.10.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL OU DISTRITAL:

a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.

b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

c) Elaborar e enviar o ofício ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para conhecimento do pedido de cancelamento da solicitação de credenciamento pleiteada ao Ministério da Saúde.

d) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com o pedido de cancelamento da solicitação de credenciamento de equipes e serviços, com cópia da aprovação do Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, da SES e da CIB, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

### 2.10.2. COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

a) Receber a documentação encaminhada pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde e inseri-las no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, no caso das solicitações via ofício.

b) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.

c) Publicar a portaria de descredenciamento das solicitações deferidas.

d) Informar em relatório público na plataforma on-line e-Gestor AB a situação das solicitações de credenciamento.

## 3. CONCLUSÃO

3.1. Após publicação da presente nota técnica, as informações contidas na **Nota Técnica Nº 599/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS** perderam vigência de aplicação.

3.2. Eventuais casos omissos constatados na aplicação do disposto nesta **Nota Técnica Nº 715/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS** serão resolvidas pelo titular máximo do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

3.3. O Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) coloca-se à disposição para mais esclarecimentos, por meio do telefone (61) 3315-9044 e pelo e-mail: [desf@saude.gov.br](mailto:desf@saude.gov.br).



Documento assinado eletronicamente por **Gregory dos Passos Carvalho, Coordenador(a)-Geral de Financiamento da Atenção Primária**, em 29/09/2021, às 12:16, 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 **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 29/09/2021, às 13:42, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0022717851** e o código CRC **9D0F4E42**.

Referência: Processo nº 25000.162120/2019-49

SEI nº 0022717851

Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária - CGFAP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br

## ANEXO I

### QUADRO: FORMA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE EQUIPES E SERVIÇOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

<b>Equipe / Serviço</b>	<b>Tipo de Solicitação</b>	<b>Forma/ Instrumento de Solicitação</b>
Equipes de Saúde da Família (eSF)	On-line	Gerencia APS / e-Gestor AB
Equipes de Atenção Primária (eAP)	On-line	Gerencia APS / e-Gestor AB
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	On-line	Gerencia APS / e-Gestor AB
Equipes de Saúde Bucal (eSB)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS Anexo III
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS Anexo III e Anexo IV
Equipes de Consultório na Rua (eCR)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS Anexo III
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS *
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	On-line	e-Gestor AB
Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)	On-line	SAIPS
Saúde na Hora (SnH)	On-line	e-Gestor AB
Informatiza APS	On-line	e-Gestor AB
Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS Anexo V e Anexo VII
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	Documento Físico	Ofício enviado ao MS Anexo VI e Anexo VII
Programa Formação Profissional na APS	On-line	e-Gestor AB

\* O fluxo de implantação e credenciamento segue o estabelecido pela Portaria nº 283/GM/MS, de 22/02/2005 e Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28/09/2017.

## ANEXO II

### MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

**Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipe de Atenção Primária (eAP), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Programa Saúde na Hora, Programa Formação Profissional da APS e Programa Informatiza APS.**

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

#### **Assunto: Credenciamento de Equipes e Serviços da Atenção Primária**

Prezados (as),

Comunico ao Conselho Municipal ou Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que este município fez a solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde constam no \_\_\_\_\_ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Solicitação de credenciamento:

<b>Tipologia da Equipes e/ou Serviços da Atenção Primária</b>	<b>Quantitativo</b>

\* Informar o tipologia da equipe e/ou programa e o quantitativo solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

### ANEXO III

## MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

**Equipe de Saúde Bucal (eSB) – Carga horária diferenciada / 40 horas, Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Unidade Odontológica Móvel (UOM)**

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Ao  
Departamento de Saúde da Família – DESF  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS  
Ministério da Saúde – MS  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede  
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

### **Assunto: Credenciamento de Equipes e Serviços da Atenção Primária**

Prezado (a) Diretor (a) do Departamento de Saúde da Família (DESF/SASPS/MS),

Solicito o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no \_\_\_\_\_ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 28 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, dou ciência a este Ministério da Saúde de que enviei documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, para conhecimento desta solicitação de credenciamento.

Solicitação de credenciamento:

eSB 40 horas	eSB Carga horária Diferenciada	eCR	UOM

\* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinaturas do Gestor)  
Nome do gestor  
Cargo do Gestor

## ANEXO IV

### MODELO DE PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

#### Proposta de implantação de Unidade Odontológica Móvel – UOM

O Município de \_\_\_ - UF \_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, propõe a implantação do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel – UOM, vinculado à(s) Equipe(s) de Saúde da Família CNES nº.:xxxxxxx, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal ou Distrital de Saúde, Sr(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, e solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias para a realização do repasse financeiro destinado à implantação e ao custeio mensal referente à UOM acima mencionada.

A UOM apresentará as seguintes características:

1. Área ou região de referência: \_\_\_\_\_
2. População a ser coberta: \_\_\_\_\_
3. Ações e atividades/procedimentos a serem ofertados:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde assume o compromisso de:

- a) prover a UOM com os instrumentais e materiais permanentes odontológicos previstos na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;
- b) prover a UOM com os recursos humanos necessários para seu funcionamento, conforme estabelecido na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;
- c) realizar a manutenção da UOM, manter os equipamentos doados e os instrumentais e materiais permanentes adquiridos e ainda manter a identificação visual e o grafismo da UOM que lhe for entregue de acordo com o padrão definido pelo Ministério da Saúde durante todo o tempo de vida útil da UOM;
- d) realizar ata de aprovação da proposta pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Esta Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde afirma ainda ter conhecimento de que o repasse do incentivo de custeio será descontinuado caso seja comprovado por meio dos sistemas de informação, por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS qualquer uma das seguintes situações:

a) ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes vinculadas a essa Unidade Odontológica Móvel – UOM, conforme previsto na Seção X - Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal (ESF Modalidade 1 e 2), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

b) descumprimento da carga horária estabelecida para os profissionais das eSB conforme previsto na Seção I - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

c) ausência de Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família cadastrada no município;

d) ausência de Unidade Odontológica Móvel cadastrada para o trabalho das equipes; e

e) ausência de qualquer um dos equipamentos doados pelo Ministério da Saúde, conforme descrito na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento.

Declaramos estar de acordo com as solicitações de credenciamento acima:

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

## ANEXO V

# MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

### Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Ao  
Departamento de Saúde da Família – DESF  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS  
Ministério da Saúde – MS  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede  
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

#### Assunto: Credenciamento de Equipes e Serviços da Atenção Primária

Prezado (a) Diretor (a) do Departamento de Saúde da Família (DESF/SASPS/MS),

Solicito o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no \_\_\_\_\_ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, encaminho cópia da Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

Solicitação de credenciamento:

eSFR	Quantidade	Código do INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Mudança de tipo de equipe		
Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)		
<b>Componentes Extras:</b>		
Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

\* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

## ANEXO VI

# MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

### Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Ao  
Departamento de Saúde da Família – DESF  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS  
Ministério da Saúde – MS  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede  
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

### Assunto: Credenciamento de Equipes e Serviços da Atenção Primária

Prezado (a) Diretor (a) do Departamento de Saúde da Família (DESF/SASPS/MS),

Solicito o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no \_\_\_\_\_ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, encaminho cópia dos seguintes documentos:

- Projeto de implantação da UBSF com planos e fotos da embarcação;
- Título de Inscrição de Embarcação, com o número, expedido pela autoridade marítima competente com data de validade vigente;
- Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior com data de validade vigente;
- Atestado de conclusão da obra inserido no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e
- Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

Solicitação de credenciamento:

UBSF	Quantidade	Código do CNES
Credenciamento de uma nova UBS		
Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)		
<b>Componentes Extras:</b>		
Unidade de Apoio		

Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

\* Informar apenas o quantitativo de serviços solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

## ANEXO VII

### MODELO RESOLUÇÃO CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA E UBS FLUVIAL

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Resolução CIB nº \_\_\_\_\_,

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Seção III - Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, do Capítulo II – Das Equipes de Saúde da Família, disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Seção IV - Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), do Capítulo II – Das Equipes de Saúde da Família, disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

#### Resolve:

Homologar o pleito de \_\_\_\_\_ (quantitativo) equipes de Saúde da Família Ribeirinhas do município \_\_\_\_\_:

eSFR	Quantidade	Código do INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Mudança de tipo de equipe		
Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)		
<b>Componentes Extras:</b>		
Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

Homologar o pleito de \_\_\_\_\_ (quantitativo) UBS FLUVIAL do município \_\_\_\_\_:

UBSF	Quantidade	Código do CNES
Credenciamento de uma nova UBS		
Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)		
<b>Componentes Extras:</b>		
Unidade de Apoio		

Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

### I. Identificação das equipes:

Nome da equipe	
Código do INE	
Código do CNES da UBS ou UBSF	
Número de pessoas e comunidades atendidas pela equipe	
Principais rios em que as comunidades atendidas estão localizadas	

### II. Logística:

a) Unidades de apoio (ou satélites) para o atendimento descentralizado:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade solicitada)		
Nome da Unidade de Apoio	Localização da comunidade	Nº de comunidades atendidas naquela unidade de apoio	Nº de pessoas atendidas naquela unidade de apoio

b) Embarcações de pequeno porte exclusivo para deslocamento da equipe:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade solicitada)		
Número da embarcação	Localização (rios que a embarcação percorrerá)	Nº de comunidades atendidas por esta embarcação	Nº de pessoas atendidas por esta embarcação

### III. Equipe ampliada:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade de profissionais acrescidos à equipe mínima)			
Profissional	Quantidade	Atividades desenvolvidas pelo profissional	Nº de comunidades atendidas pela atuação deste profissional	Nº de pessoas atendidas pela atuação deste profissional