

# **Manual – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)**

*Requisitos da Saúde Mental*

**Centro de Convivência - CECO da  
Rede de Atenção Psicossocial-RAPS**

## A) Informações Gerais

Ao cadastrar a solicitação de incentivo ou de custeio para serviços de saúde mental, é necessário preencher um formulário específico, descrito no "Manual de Uso do Sistema SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde", nas seções "Cadastro de Proposta – Visão Geral" e "Tela de Cadastro de Unidade Beneficiária".

O componente Centro de Convivência – CECO está vinculado à “Rede/Programa” RAPS - Rede de Atenção Psicossocial na “área técnica” Coordenação-Geral de Redes e Serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGESMAD, informação necessária para iniciar o cadastro de solicitações de incentivo ou de habilitação do Centro de Convivência – CECO.

Para iniciar o cadastro de solicitação de incentivo ou custeio para Centro de Convivência – CECO é imprescindível que o serviço esteja previamente cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, pois será solicitado o número do registro do estabelecimento no CNES, com vinculação ao Serviço Especializado 115 – Serviço de Atenção Psicossocial, classificação 011 – Promoção da Saúde Mental, Protagonismo e Cidadania, e códigos dos CECO para cada tipologia.

Os Centros de Convivência – CECO podem ser unidade de gestão municipal ou estadual com CNES próprio e atividade principal vinculado aos códigos específicos.

CÓD	NOME
06.38	CENTRO DE CONVIVÊNCIA BÁSICO
06.39	CENTRO DE CONVIVÊNCIA INTERMEDIÁRIO
06.40	CENTRO DE CONVIVÊNCIA AMPLIADO

Para o cadastro de propostas para implantação ou custeio, deve ser selecionado o componente/serviço de incentivo e habilitação para CECO nas modalidades I, II e III.

Informações disponíveis na Portaria SAES nº 3.033, de 30 de julho de 2025, republicada no DOU em 05/01/2026, Edição 2, Seção 1, Página 38, por ter saído com incorreções no original: [https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes-n-3.033-de-30-de-julho-de-2025-\\*-679136630](https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes-n-3.033-de-30-de-julho-de-2025-*-679136630)

## B) Cadastro do componente Centro de Convivência - CECO

### B.1) Incentivos para Centro de Convivência - CECO

REDE/PROGRAMA
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE/SERVIÇO
Incentivo para CECO I - básico
Incentivo para CECO II - intermediário
Incentivo para CECO III - ampliado

As informações solicitadas no cadastro de pedidos de incentivo de CECO nas três modalidades são semelhantes, e para cada modalidade é preciso fazer um cadastro específico.

Ao cadastrar a solicitação de incentivo para CECO, será preciso indicar as seguintes informações:

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO	TIPO DE CECO
Nome do CECO	Informar o nome do CECO, a fim de diferenciá-lo de outros existentes no município.	Todos
Modalidade do CECO	Informar a modalidade do CECO a ser implantado: básico, intermediário, ou ampliado.	Todos
O CECO, objeto desta proposta, já está em funcionamento?	Informar se o CECO está em funcionamento. Se sim, há quanto tempo.	Todos

Anexar ofício assinado pelo(a) Secretário(a) de Saúde solicitando o incentivo financeiro de implantação e informando a modalidade do CECO.	O ofício deve ser elaborado em papel timbrado, e assinado pelo(a) Secretário(a) de Saúde, conforme modelo disponível no Manual do SAIPS: Requisitos do CECO.	Todos
Anexar o termo de compromisso assinado pelo(a) Secretário(a) de Saúde se comprometendo a implantar o CECO no prazo máximo de 90 dias a contar do repasse do incentivo financeiro, e a contratar equipe mínima, conforme legislação vigente.	Anexar o termo de compromisso, em papel timbrado, assinado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, conforme modelo disponível no Manual do SAIPS: Requisitos do CECO.	Todos
Citar a constituição da Rede de Saúde Municipal.	Informar quais serviços compõem a rede de saúde: quantidade de serviços, equipes da atenção primária, CAPS, hospitais gerais, etc.	Todos
Anexar o Projeto de Implantação do CECO	O modelo para elaboração do projeto está disponível neste Manual do SAIPS: Requisitos do CECO.	Todos
Anexar a planilha de execução do incentivo (planilha do custo)	Anexar planilha de execução do incentivo conforme modelo disponível neste manual. Todo incentivo é para despesas de custeio.	Todos

## B.2) Habilitações para Centros de Convivência – CECO

REDE/PROGRAMA
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE/SERVIÇO
Habilitação para CECO I - básico
Habilitação para CECO II - intermediário
Habilitação para CECO III - ampliado

Ao cadastrar a solicitação de **habilitação** para CECO, será preciso indicar as seguintes informações:

INFORMAÇÃO SOLICITADA	DETALHAMENTO
Nome do CECO	Informar o nome do CECO, conforme cadastro no CNES, a fim de diferenciá-lo de outros existentes no município.
Modalidade do CECO	Informar a modalidade do CECO a ser habilitado: básico, intermediário, ou ampliado.
Informar o endereço completo do CECO	Informar o endereço do CECO com rua, bairro, número, cidade, estado, CEP
Anexar ofício do(a) Secretário(a) de Saúde solicitando habilitação, e atestando a modalidade e funcionamento do CECO.	O ofício deve ser elaborado em papel timbrado e assinado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, conforme modelo disponível no manual do SAIPS: Requisitos do CECO.

Anexar Resolução CIB de aprovação e homologação da habilitação do CECO.	Anexar Resolução CIB de aprovação e homologação da habilitação do CECO.
Anexar o Projeto técnico do CECO	Informar no projeto a estrutura física e funcional do CECO, com descrição dos períodos de funcionamento, das atividades realizadas, constituição da equipe técnica, com carga horária.
Como o CECO desenvolve ações de articulação de redes intra e inter setoriais, e com demais potencialidades do território?	Informar as estratégias estabelecidas com os serviços do território para o fortalecimento da autonomia dos usuários, com descrição das iniciativas que são articuladas com os recursos do território no campo do trabalho/economia solidária, educação, cultura, direitos humanos, meio ambiente, desenvolvimento social, etc.
Anexar a relação nominal dos profissionais integrantes da equipe técnica, conforme cadastro no CNES.	Documento deve ser enviado em papel timbrado e deve ser assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, ou Coordenador técnico responsável.
Anexar Relatório Técnico de Vistoria in loco realizada pela Equipe Técnica da Secretaria de Estado da Saúde.	Anexar relatório de vistoria realizada pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, atestando que o mesmo funciona de acordo com o que é preconizado nas normativas.
Anexar o relatório da Vigilância Sanitária Local	Anexar relatório de vistoria realizada pela Vigilância Sanitária local na unidade do CECO, atestando que o mesmo funciona de acordo com a norma vigente, visando ausência de riscos à saúde e bem estar dos usuários do serviço.
Anexar fotos do CECO	Anexar fotos nítidas, que mostre a estrutura interna e externa da unidade.

Este componente de Centro de Convivência é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024, e Portaria SAES/MS nº 3.033, de 14 de agosto de 2025, republicada no DOU em 05/01/2026, Edição 2, Seção 1, Página 38, por ter saído com incorreções no original:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5738\\_09\\_12\\_2024.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5738_09_12_2024.html)

[https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes-n-3.033-de-30-de-julho-de-2025-\\*-679136630](https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes-n-3.033-de-30-de-julho-de-2025-*-679136630)

## **C) Modelo de Documentos que devem ser anexados nas solicitações de Incentivo e Habilitação de Centro de Convivência - CECO**

### **C.1 Incentivo**

- 1. OFÍCIO ASSINADO PELO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE SOLICITANDO O INCENTIVO FINANCEIRO DE IMPLANTAÇÃO DO CECO, INFORMANDO A MODALIDADE E O Nº DO CNES CADASTRADO.**

O município de [inserir o nome do município], UF [XXX], por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº [inserir o número do CNPJ], com sede no endereço [inserir endereço completo], representado pelo Gestor [nome completo do gestor], portador do RG nº [inserir o número do RG] e CPF nº [inserir o número do CPF], vem, por meio deste documento, solicitar o incentivo financeiro para implantar o Centro de Convivência - CECO, modalidade [inserir modalidade], conforme registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº [inserir o código CNES].

Declaro, portanto, que o Centro de Convivência supracitado será implantado nos termos da legislação vigente.

Firmo o presente ofício para que produza os efeitos pretendidos.

Atenciosamente,

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 2xxx

---

(nome completo e assinatura)

2. **TERMO DE COMPROMISSO** ASSINADO PELO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE SE COMPROMETENDO A IMPLANTAR O CENTRO DE CONVIVÊNCIA - CECO APÓS O RECEBIMENTO DO INCENTIVO E A CONTRATAR EQUIPE MÍNIMA.

O município [inserir o nome do município],UF [XXX], através da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ [inserir o número do CNPJ], com sede no endereço [inserir o endereço completo] , representado pelo Gestor [inserir o nome completo do gestor], portador do RG [inserir o número do RG] e CPF [inserir o número do CPF], assina o presente TERMO DE COMPROMISSO, pelo qual se compromete a implantar o Centro de Convivência - CECO no prazo de 90(noventa) dias a contar da data do recebimento do incentivo financeiro de implantação, prorrogável uma única vez mediante apresentação de justificativa, e a providenciar a equipe mínima para o funcionamento do CECO conforme legislação vigente.

*Para que produza os efeitos pretendidos, assina e dá fé.*

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 2xxx

---

*(nome completo e assinatura)*



### 3. PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA - CECO

- a. Justificativa para implantação do CECO
- b. População a ser atendida/beneficiária
- c. Descrição da estrutura física e funcional
- d. Caracterização da Equipe técnica
- e. Atividades que serão desenvolvidas no serviço e na cidade (internas e externas ao CECO)

### 4. PLANILHA DE EXECUÇÃO DO RECURSO DO INCENTIVO (PLANILHA DE CUSTO)

Tipo de Despesa de Custeio	Valor da Despesa Prevista (R\$)
Adequação do imóvel ( <i>NÃO é possível ampliar ou construir, apenas adequar</i> )	
Treinamento/capacitação	
Locação	
Material de consumo	
Outras despesas de custeio	
<b>TOTAL</b>	(total deve ser equivalente ao valor total de incentivo que será recebido)

## C.2 Habilitação

1. **OFÍCIO ASSINADO PELO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE** SOLICITANDO HABILITAÇÃO DO CECO, ATESTANDO O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE.

O município de [inserir o nome do município], UF [XXX], por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº [inserir o número do CNPJ], com sede no endereço [inserir endereço completo], representado pelo Gestor [nome completo do gestor], portador do RG nº [inserir o número do RG] e CPF nº [inserir o número do CPF], vem, por meio deste documento, solicitar a habilitação do Centro de Convivência (CECO), modalidade [inserir modalidade], CNES nº xxxxx.

Declaro, portanto, que o Centro de Convivência supracitado se encontra em pleno e regular funcionamento, conforme legislação vigente.

Firmo o presente ofício para que produza os efeitos pretendidos.

Atenciosamente,

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 2xxx

---

(nome completo e assinatura)

## 2. PROJETO TÉCNICO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA - CECO

- a. Justificativa
- b. Localização do CECO
- c. Descrição do território: potencialidades artísticas e culturais
- d. Caracterização da estrutura física e funcional:
  - Organização, gestão do trabalho e educação permanente em saúde (deve incluir estratégias de participação dos conviventes na gestão do serviço)
  - Infraestrutura/espço físico
- e. Caracterização da Equipe técnica: composição, carga horária
- f. Dinâmica do funcionamento do CECO
- g. Caracterização das articulações intersetoriais com os recursos do território: arte, cultura, economia solidária, trabalho, educação, desenvolvimento social, meio ambiente, etc.

## 3. RELAÇÃO NOMINAL DA EQUIPE TÉCNICA DE ACORDO COM O REGISTRO DE PROFISSIONAIS DO CNES. ESTA RELAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE OU COORDENADOR TÉCNICO RESPONSÁVEL.

Nome	Registro Profissional / CBO	Vínculo	Carga Horária

(nome completo)

(Cargo)

(e assinatura)

4. **RELATÓRIO TÉCNICO DE VISTORIA IN LOCO** REALIZADA PELA EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, CONTENDO A DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS:

- a. Dados do estabelecimento
- b. Objetivo do relatório
- c. Desenvolvimento da visita à unidade do CECO
- d. Infra estrutura da unidade do CECO
- e. Funcionamento da unidade do CECO
- f. Equipe técnica: composição, carga horária, dinâmica do trabalho
- g. Atividades desenvolvidas
- h. Articulação com os recursos do território
- i. Recomendações (se houver)
- j. Parecer conclusivo atestando que a unidade está em funcionamento e em conformidade com a legislação vigente.

xxxxx (cidade), xx de xxxxx de 2xxx

---

(nome completo)

(Cargo)

(e assinatura)