



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

NOTA INFORMATIVA Nº 16/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS

ASSUNTO

Assunto: Passo a passo para habilitação de Equipes Multiprofissionais e Telessaúde no Programa Melhor em Casa (PMec) por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

Destinatários: Gestores Municipais, Estaduais e do Distrito Federal.

Objetivo: Revogar a Nota Informativa nº 16/2024 - CGADOM/DAHU/SAES/MS para dispor sobre os procedimentos para solicitação de equipes do Programa Melhor em Casa (PMec) e Telessaúde via SAIPS, conforme a Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024.

EMAD TIPO I

A proposta deverá ser preenchida com os dados do proponente, conforme campos da figura 1:

Figura 1: Dados do cadastrador para envio de proposta:

CADASTRO DE PROPOSTA				
Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
CNPJ		Razão social/município		

Fonte: SAIPS, 2025

O proponente deve confirmar que o CNPJ cadastrado é o mesmo ao que será destinado o benefício, e selecionar no campo seguinte Rede/Programa, o Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação) (Figura 2).

Figura 2: Rede/Programa

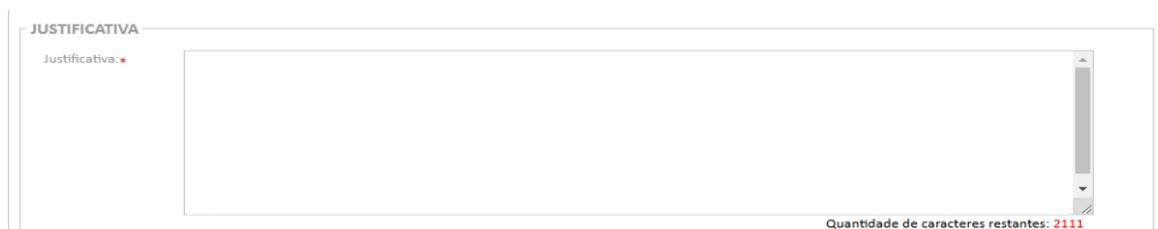
Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício?*	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Rede / Programa:*	Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação)
?	

Fonte: SAIPS, 2025

Na justificativa (Figura 3), deverá constar o objetivo para implantação da EMAD tipo

I, de acordo com a Portaria GM/MS N°3.005, de 2 de janeiro de 2024, que Altera as Portarias de Consolidação nº 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). Incluir percentual de cobertura mínima da APS, de acordo com a Seção III, Subseção I da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. É necessária a descrição do perfil epidemiológico do município, conforme a compreensão de que o Programa Melhor em Casa tem como diretriz a assistência de pacientes agudos, crônico agudizados e complexos, nas modalidades AD2 e AD3, com foco em desospitalizações, tanto evitando a internação hospitalar quanto agilizando a alta.

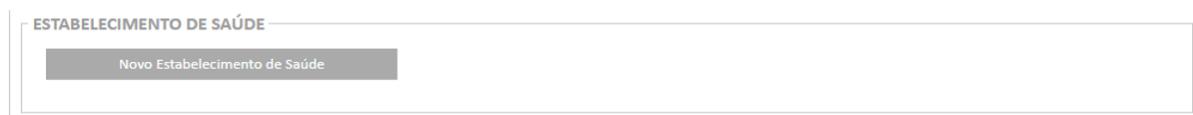
Figura 3: Campo para Justificativa



Fonte: SAIPS, 2025

A próxima etapa para o envio da proposta é o cadastro dos dados relacionados ao novo estabelecimento de saúde (Figura 4). Ao clicar no botão “Novo Estabelecimento de Saúde”, os campos que surgirão para preenchimento correspondem a figura 5.

Figura 4: Estabelecimento de Saúde



Fonte: SAIPS, 2025

Figura 5: Componente/serviço

Fonte: SAIPS, 2025

No item “Componente/Serviço” (Figura 6), selecionar “Emad I” e no campo com valor solicitados, incluir o valor mensal do repasse, de acordo com a Portaria GM/MS N° 1.450, de 29 de setembro de 2023, Art. 1º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34):

I - R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o caput será acrescido de 30% (trinta por cento) para o custeio de SAD situado na região da Amazônia Legal.”, chegando a R\$84.500,00 mensais nestes casos.

Figura 6: Componente/Serviço

Fonte: SAIPS, 2025

No campo “CNES do estabelecimento de saúde” (Figura 7), deverá ser informado o CNES referente ao local onde a EMAD está implantada, seguido do preenchimento dos dados solicitados. De acordo com a PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, em seu Art. 5º, o registro da proposta exigirá a inclusão das equipes

solicitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) associado ao Identificador Nacional de Equipes (INE).

Ainda com relação ao CNES de vinculação da equipe, é importante que este seja de serviços da atenção especializada, para fins de recebimento de recursos decorrentes de emendas parlamentares pela Atenção Especializada.

Figura 7: CNES do estabelecimento de Saúde

CNPJ	
CPF	
Telefone	
UF	
Gestão	
Natureza Jurídica	
Dependência	

Fonte: SAIPS, 2025

Vale lembrar que as EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência (de acordo com o Art. 549 da PORTARIA GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), devendo constar justificativa na proposta de habilitação quando alocada em outros estabelecimentos de saúde.

Como ilustra a figura 8, o proponente deve incluir dados geográficos e demográficos, como sua localização, população do município solicitante e tipo de abrangência (Municipal, no caso da EMAD Tipo I). Os campos de população mínima e máxima não necessitam de preenchimento.

Figura 8: Dados geográficos e demográficos

Fonte: SAIPS, 2025

Após clicar no botão “Salvar” dados, caso a proposta envolva mais de uma equipe, o proponente deve clicar novamente no botão “Novo Estabelecimento de Saúde” (figura 4), e seguir a sequência de passos para o cadastro das informações das demais equipes solicitadas.

Figura 9: Questionários

Área Técnica:*	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGADM)
Rede/programa:*	Programa Melhor em Casa (PMc) - Atenção Domiciliar (Habilitação)
Componente/serviço:*	Emad II -Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais

QUESTIONAMENTO

[Nova questão](#)

Mostrar	25	Filtro:		
Ordem	Nome	Tipo de questão	Obrigatório	Opções
1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.	Arquivo	Sim	
2	2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMc) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMc. Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMc será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.	Texto	Sim	
3	3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município. Em casos de consórcios/agrupamentos, devem constar a comprovação de cobertura de todos os municípios envolvidos. Para municípios ou agrupamento de municípios com menos de 40.000 habitantes não é aceito Serviço Móvel equivalente.	Arquivo	Sim	
4	4. Descrever o horário de funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMc), incluindo finais de semana e feriados, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. Orientação: Descrever o Horário de Funcionamento do SAD/PMc. De acordo com a Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024, no Art. 553, "O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS. § 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diárias nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade."	Texto	Sim	
5	5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMc) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail.	Texto	Sim	
6	6. Em caso de consórcio, inserir a Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, contendo os nomes de todos os municípios envolvidos. (Item não obrigatório - direcionado a solicitação de equipe consorciada)	Arquivo	Não	

Fonte: SAIPS, 2025

EMAD I - Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo I (PMc)

1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados:

- Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados;
- Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD;
- Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar;
- Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024;

- Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024.
2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMeC.
- Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMeC será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.
3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou Unidade Móvel equivalente, incluindo a deliberação CIB ou CIR ou Ofício justificando o funcionamento de Serviço equivalente.
4. Descrever o horário de funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMeC), incluindo finais de semana e feriados, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS N° 3.005 de 2 de janeiro de 2024.
- Orientação: Descrever o Horário de Funcionamento do SAD/PMeC. De acordo com a Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024, no Art. 553. "O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS. § 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diurnas nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade."
5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.

EMAD TIPO II

A proposta deverá ser preenchida com os dados do proponente, conforme campos da figura 10:

Figura 10: Dados do cadastrador para envio de proposta

CADASTRO DE PROPOSTA				
Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
CNPJ		Razão social/município		

Fonte: SAIPS, 2025

O proponente deve confirmar que o CNPJ cadastrado é o mesmo ao que será destinado o benefício, e selecionar no campo seguinte Rede/Programa, o Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação). (Figura 11)

Figura 11: Rede/Programa

Fonte: SAIPS, 2025

Na justificativa (figura 12), deverá constar o objetivo para implantação da EMAD tipo II, de acordo com a Portaria GM/MS Nº3.005, de 2 de janeiro de 2024, que Altera as Portarias de Consolidação nº 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). Incluir percentual de cobertura mínima da APS, de acordo com a Seção III, Subseção I da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024, atentando-se as diferenças relacionadas a equipes consorciadas.

Figura 12: Campo para Justificativa

Fonte: SAIPS, 2025

É necessária a descrição do perfil epidemiológico do município, conforme a compreensão de que o Programa Melhor em Casa tem como diretriz a assistência de pacientes agudos, crônico agudizados e complexos, nas modalidades AD2 e AD3, com foco em desospitalizações, tanto evitando a internação hospitalar quanto agilizando a alta. (Figura 12)

A próxima etapa para o envio da proposta é o cadastro dos dados relacionados ao novo estabelecimento de saúde. (Figura 13)

Figura 13: Estabelecimento de Saúde

Fonte: SAIPS, 2025

Ao clicar no botão “Novo Estabelecimento de Saúde”, os campos que surgirão para preenchimento correspondem a figura 14.

Figura 14: Componente/serviço

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:	Nome	CNPJ
	Razão Social	CPF
Logradouro	Número	Telefone
Complemento	CEP	Município
Bairro		UF
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica
		Gestão
Dependência		

Longitude: Latitude: Ver o mapa

Tipo de abrangência:*

Município:*

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Salvar Cancelar

Fonte: SAIPS, 2025

No item “Componente/Serviço” (Figura 15), selecionar “Emad II” e no campo com valor solicitados, incluir o valor mensal do repasse, de acordo com a Portaria GM/MS N° 1.450, de 29 de setembro de 2023, Art. 1º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34):

II - R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais) por mês para cada EMAD tipo 2;

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o caput será acrescido de 30% (trinta por cento) para o custeio de SAD situado na região da Amazônia Legal.”, chegando a R\$57.460,00 mensais nestes casos.

Em habilitações feitas por meio do agrupamento entre municípios, basta um pertencer à região da Amazônia Legal para fazer jus ao repasse diferenciado de que trata o § 1º.”

Figura 15: Componente/Serviço

Componente / Serviço: Emad II -Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais c
Quantidade (equipe/leito/unidade): *
R\$ 44.200,00

Fonte: SAIPS, 2025

No campo “CNES do estabelecimento de saúde” (Figura 16), deverá ser informado o CNES referente ao local onde a EMAD está implantada, seguido do preenchimento dos dados solicitados.

De acordo com a PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, em seu Art. 5º, o registro da proposta exigirá a inclusão das equipes solicitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) associado ao Identificador Nacional de Equipes (INE).

Ainda com relação ao CNES de vinculação da equipe, é importante que este seja de serviços da atenção especializada, para fins de recebimento de recursos decorrentes de emendas parlamentares pela Atenção Especializada.

Figura 16: CNES do estabelecimento de Saúde

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*	<input type="text"/>	<input type="button" value="Validar"/>	
		Nome	CNPJ
		Razão Social	CPF
Logradouro		Número	Telefone
Complemento	Bairro	CEP	Município
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica	Gestão
Dependência			
01.629.276/0001-04			

Fonte: SAIPS, 2025

Vale lembrar que as EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência (de acordo com o Art. 549 da PORTARIA GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), devendo constar justificativa na proposta de habilitação quando alocada em outros estabelecimentos de saúde.

Como ilustra a figura 17, o proponente deve incluir dados geográficos e demográficos, como sua localização, população do município solicitante e tipo de abrangência (Municipal ou Regional, no caso da EMAD Tipo II). Os campos de população mínima e máxima não necessitam de preenchimento.

Em casos de consórcio, a população total deverá conter a soma da população presente na pontuação dos municípios participantes do consórcio.

Figura 17: Dados geográficos e demográficos

Longitude:	<input type="text"/>	Latitude:	<input type="text"/>	Ver o mapa
Tipo de abrangência:*	<input type="text"/>			<input type="button" value="▼"/>
Município:*	<input type="text"/>			<input type="button" value="▼"/>
População Total:	<input type="text"/>			
População Mínima:	<input type="text"/>	População Máxima:	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>				

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 18: Aba "Questionários"

Componente / Serviço: *	<input type="text"/> Emad II -Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais	<input type="button" value="▼"/>	R\$	<input type="text"/> 44.200,00																										
Quantidade (equipe/leito/unidade):*	<input type="text"/> 1																													
CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE																														
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE																														
CNES do estabelecimento de saúde:*	<input type="text"/>	<input type="button" value="Validar"/>																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Nome</th> <th colspan="2">CNPJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/> Razão Social</td> <td colspan="2"><input type="text"/> CPF</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/> Logradouro</td> <td><input type="text"/> Número</td> <td><input type="text"/> Telefone</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Complemento</td> <td><input type="text"/> Bairro</td> <td><input type="text"/> CEP</td> <td><input type="text"/> Município</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/> Tipo de Estabelecimento</td> <td><input type="text"/> Sub-tipo de Estabelecimento</td> <td><input type="text"/> Natureza Jurídica</td> <td><input type="text"/> Gestão</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="text"/> Dependência</td> </tr> </tbody> </table>					Nome		CNPJ		<input type="text"/> Razão Social		<input type="text"/> CPF		<input type="text"/> Logradouro		<input type="text"/> Número	<input type="text"/> Telefone	<input type="text"/> Complemento	<input type="text"/> Bairro	<input type="text"/> CEP	<input type="text"/> Município	<input type="text"/> Tipo de Estabelecimento		<input type="text"/> Sub-tipo de Estabelecimento	<input type="text"/> Natureza Jurídica	<input type="text"/> Gestão	<input type="text"/> Dependência				
Nome		CNPJ																												
<input type="text"/> Razão Social		<input type="text"/> CPF																												
<input type="text"/> Logradouro		<input type="text"/> Número	<input type="text"/> Telefone																											
<input type="text"/> Complemento	<input type="text"/> Bairro	<input type="text"/> CEP	<input type="text"/> Município																											
<input type="text"/> Tipo de Estabelecimento		<input type="text"/> Sub-tipo de Estabelecimento	<input type="text"/> Natureza Jurídica	<input type="text"/> Gestão																										
<input type="text"/> Dependência																														
Longitude:	<input type="text"/>	Latitude:	<input type="text"/>	Ver o mapa																										
Tipo de abrangência:*	<input type="text"/>			<input type="button" value="▼"/>																										
Município:*	<input type="text"/>			<input type="button" value="▼"/>																										
População Total:	<input type="text"/>																													
População Mínima:	<input type="text"/>	População Máxima:	<input type="text"/>																											
<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>																														

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 19: Questionário

Área Técnica: [*]	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGADOM)
Rede/programa: [*]	Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação)
Componente/serviço: [*]	Emad II -Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais

QUESTIONAMENTO

QUESTIONAMENTO				
		Nova questão		
Mostrar	25	Filtro:		
Ordem	Nome	Tipo de questão	Obrigatório	Opções
1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.	Arquivo	Sim	
2	2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMec. Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMec será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.	Texto	Sim	
3	3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município. Em casos de consórcios/agrupamentos, devem constar a comprovação de cobertura de todos os municípios envolvidos. Para municípios ou agrupamento de municípios com menos de 40.000 habitantes não é aceito Serviço Móvel equivalente.	Arquivo	Sim	
4	4. Descrever o horário de funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMec), incluindo finais de semana e feriados, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. Orientação: Descrever o Horário de Funcionamento do SAD/PMec. De acordo com a Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024, no Art. 553. "O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS. § 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diárias nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade."	Texto	Sim	
5	5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail.	Texto	Sim	
6	6. Em caso de consórcio, inserir a Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, contendo os nomes de todos os municípios envolvidos. (Item não obrigatório - direcionado a solicitação de equipe consorciada)	Arquivo	Não	

Fonte: SAIPS, 2025

Emad II - Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo II (PMec)

1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados:

- Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados;
- Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD;
- Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar;
- Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024;

- Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024.
2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMeC.
- Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMeC será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.
3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município. Em casos de consórcios/agrupamentos, devem conter a comprovação de cobertura de todos os municípios envolvidos. Para municípios ou agrupamento de municípios com menos de 40.000 habitantes não é aceito Serviço Móvel equivalente.
4. Descrever o horário de funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMeC), incluindo finais de semana e feriados, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS N° 3.005 de 2 de janeiro de 2024.
- Orientação: Descrever o Horário de Funcionamento do SAD/PMeC. De acordo com a Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024, no Art. 553. "O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS. § 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diurnas nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade."
5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail.
6. Em caso de consórcio, inserir a Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, contendo os nomes de todos os municípios envolvidos.

EMAP

A proposta deverá ser preenchida com os dados do proponente, conforme campos da figura 20:

Figura 20: Dados do cadastrador para envio de proposta

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
CNPJ		Razão social/município		

Fonte: SAIPS, 2025

O proponente deve confirmar que o CNPJ cadastrado é o mesmo ao que será destinado o benefício, e selecionar no campo seguinte Rede/Programa, o Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação) (Figura 2).

Figura 21: Rede/Programa

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? *

Sim Não

Rede / Programa: *

Programa Melhor em Casa (PMec) - Atenção Domiciliar (Habilitação)

?

Fonte: SAIPS, 2025

Na justificativa, deverá constar o objetivo para implantação da EMAP (Figura 22), de acordo com a Portaria GM/MS N°3.005, de 2 de janeiro de 2024, que Altera as Portarias de Consolidação nº 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). A EMAD é pré-requisito para constituição de uma EMAP, sendo necessário incluir seu CNES e descrição do perfil da lista de pacientes atendidos nessa EMAD que receberá o apoio da EMAP.

Figura 22: Campo para Justificativa

JUSTIFICATIVA

Justificativa: *

Quantidade de caracteres restantes: 2111

Fonte: SAIPS, 2025

A próxima etapa para o envio da proposta é o cadastro dos dados relacionados ao novo estabelecimento de saúde (Figura 23). Ao clicar no botão “Novo Estabelecimento de Saúde”, os campos que surgirão para preenchimento correspondem a figura 24.

Figura 23: Estabelecimento de Saúde

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Novo Estabelecimento de Saúde

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 24: Componente/serviço

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*	<input type="text"/>	<input type="button" value="Validar"/>	
Nome		CNPJ	
Razão Social		CPF	
Logradouro		Número	Telefone
Complemento	Bairro	CEP	Município
Tipo de Estabelecimento		Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica
		Gestão	
Dependência			

Longitude: Latitude:

Tipo de abrangência:*

Município:*

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Fonte: SAIPS, 2025

No item “Componente/Serviço” (Figura 24), selecionar “EMAP” e no campo com valor solicitados, incluir o valor mensal do repasse, de acordo com a Portaria GM/MS N° 1.450, de 29 de setembro de 2023, Art. 1º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34):

III - R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) por mês para cada EMAP.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o caput será acrescido de 30% (trinta por cento) para o custeio de SAD situado na região da Amazônia Legal.”, chegando, nestes casos, a R\$10.140,00 mensais.

No campo “CNES do estabelecimento de saúde” (Figura 24), deverá ser informado o CNES referente ao local onde a EMAP está implantada, seguido do preenchimento dos dados solicitados.

De acordo com a PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, em seu Art. 5º, o registro da proposta exigirá a inclusão das equipes solicitadas no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) associado ao Identificador Nacional de Equipes (INE).

Ainda com relação ao CNES de vinculação da equipe, é importante que este seja de serviços da atenção especializada, para fins de recebimento de recursos decorrentes de emendas parlamentares pela Atenção Especializada.

Figura 25: CNES do estabelecimento de Saúde

Nome		CNPJ	
Razão Social		CPF	
Logradouro		Número	Telefone
Complemento	Bairro	CEP	Municipio
UF			
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica	Gestão
Dependência			
01.629.276/0001-04			

Fonte: SAIPS, 2025

Vale lembrar que as EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência (de acordo com o Art. 549 da PORTARIA GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), devendo constar justificativa na proposta de habilitação quando alocada em outros estabelecimentos de saúde.

Como ilustra a figura 26, o proponente deve incluir dados geográficos e demográficos, como sua localização, população do município solicitante e tipo de abrangência (Municipal ou Regional, no caso da EMAP). Os campos de população mínima e máxima não necessitam de preenchimento.

Figura 26: Dados geográficos e demográficos

Fonte: SAIPS, 2025

Após clicar no botão “Salvar” dados, caso a proposta envolva mais de um tipo de equipe, o proponente deve clicar novamente no botão “Novo Estabelecimento de Saúde” (figura 23), e seguir a sequência de passos para o cadastro das informações das demais equipes solicitadas.

Figura 27: Aba “Questionários”

Área Técnica: [*]	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGADOM)
Rede/programa: [*]	Programa Melhor em Casa (PMc) - Atenção Domiciliar (Habilitação)
Componente/serviço: [*]	Emap - Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Apoio

QUESTIONAMENTO

Mostrar	10	Nome	Tipo de questão	Obrigatório	Opções
1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.	Arquivo	Sim		
2	2. Inserir a portaria de habilitação ou número da proposta SAIPS da EMAD aprovada de referência, uma vez que a habilitação de EMAP está condicionada à habilitação prévia de EMAD, de acordo com o Art. 555 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro 2024.	Arquivo	Sim		
3	3. Em caso de a referência das EMAP ser uma EMAD tipo II consorciada, inserir a Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, contendo os nomes de todos os municípios envolvidos. (Item não obrigatório - direcionado a solicitação de equipe consorciada).	Arquivo	Não		

Fonte: SAIPS, 2025

EMAP - Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Apoio (PMc)

1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados:

- Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados;
- Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD;
- Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar;
- Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024;
- Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

2. Inserir a portaria de habilitação ou número da proposta SAIPS da EMAD aprovada de referência, uma vez que a habilitação de EMAP está condicionada à habilitação prévia de EMAD, de acordo com o Art. 555 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de

janeiro 2024.

3. Em caso de a referência das EMAP ser uma EMAD tipo II consorciada, inserir a Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, contendo os nomes de todos os municípios envolvidos. (Item não obrigatório - direcionado a solicitação de equipe consorciada)

EMAP - R

A proposta deverá ser preenchida com os dados do proponente, conforme campos da figura 28:

Figura 28: Dados do cadastrador para envio de proposta

CADASTRO DE PROPOSTA				
Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
CNPJ		Razão social/município		

Fonte: SAIPS, 2025

O proponente deve confirmar que o CNPJ cadastrado é o mesmo ao que será destinado o benefício, e selecionar no campo seguinte Rede/Programa, o Programa Melhor em Casa (PMeC) - Atenção Domiciliar (Habilitação) (Figura 29).

Figura 29: Rede/Programa

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício?*	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Rede / Programa:*	Programa Melhor em Casa (PMeC) - Atenção Domiciliar (Habilitação) 
	

Fonte: SAIPS, 2025

Na justificativa, deverá constar o objetivo para implantação da EMAP-R (Figura 30), de acordo com a Portaria GM/MS N°3.005, de 2 de janeiro de 2024, que Altera as Portarias de Consolidação nº 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). Os municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes, poderão constituir uma EMAP-R sem a necessidade de constituição prévia de uma EMAD.

É necessária a descrição da cobertura de APS, assim como do perfil epidemiológico do município, conforme a compreensão de que o Programa Melhor em Casa tem como diretriz a assistência de pacientes em reabilitação de média e alta complexidades, nas modalidades AD2 e AD3, com foco em desospitalizações.

Figura 30: Campo para Justificativa

JUSTIFICATIVA

Justificativa:*

Quantidade de caracteres restantes: 2111

Fonte: SAIPS, 2025

A próxima etapa para o envio da proposta é o cadastro dos dados relacionados ao novo estabelecimento de saúde (Figura 31). Ao clicar no botão “Novo Estabelecimento de Saúde”, os campos que surgirão para preenchimento correspondem a figura 32.

Figura 31: Estabelecimento de Saúde

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Novo Estabelecimento de Saúde

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 32: Componente/serviço

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*	Nome	CNPJ
Razão Social		
Complemento	Bairro	CEP
Tipo de Estabelecimento		Sub-tipo de Estabelecimento
População Total:		Natureza Jurídica
População Mínima:		População Máxima:

Longitude: Latitude: Ver o mapa

Tipo de abrangência:*

Município:*

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Salvar **Cancelar**

Fonte: SAIPS, 2025

No item “Componente/Serviço” (Figura 32), selecionar “EMAP-R” e no campo com valor solicitados, incluir o valor mensal do repasse, de acordo com a Portaria GM/MS

Nº 1.450, de 29 de setembro de 2023, Art. 1º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34):

IV - R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) por mês para cada Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R).

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o caput será acrescido de 30% (trinta por cento) para o custeio de SAD situado na região da Amazônia Legal.", chegando, nestas situações, ao montante de R\$10.140,00 mensais.

No campo "CNES do estabelecimento de saúde" (Figura 33), deverá ser informado o CNES referente ao local onde a EMAP-R está implantada, seguido do preenchimento dos dados solicitados.

De acordo com a PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, em seu Art. 5º, o registro da proposta exigirá a inclusão das equipes solicitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) associado ao Identificador Nacional de Equipes (INE).

Ainda com relação ao CNES, é importante que seja um CNES próprio com tipo de estabelecimento "Unidade de Atenção Domiciliar", para fins de recebimento de recursos decorrentes de emendas parlamentares pela Atenção Especializada.

Figura 33: CNES do estabelecimento de Saúde

CNPJ	
Nome	
Razão Social	CPF
Logradouro	Número
Complemento	Município
Bairro	UF
CEP	
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento
	Natureza Jurídica
	Gestão
Dependência	
01.629.276/0001-04	

Fonte: SAIPS, 2025

Vale lembrar que as EMAP-R deverão estar vinculadas, preferencialmente, a estabelecimentos da APS, sendo dispensada a exigência de estar vinculadas a estabelecimentos de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas, de acordo com o Art. 549 da PORTARIA GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024.

Como ilustra a figura 34, o proponente deve incluir dados geográficos e demográficos, como sua localização, população do município solicitante e tipo de abrangência (Municipal, no caso da EMAP-R). Os campos de população mínima e máxima não necessitam de preenchimento.

Figura 34: Dados geográficos e demográficos

Longitude:	<input type="text"/>	Latitude:	<input type="text"/>	Ver o mapa
Tipo de abrangência:*	<input type="text"/>			
Município:*	<input type="text"/>			
População Total:	<input type="text"/>			
População Mínima:	<input type="text"/>	População Máxima:	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>				

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 35: Aba “Questionários”

ADICIONAR / ALTERAR REQUISITO																																																			
Área Técnica:*	<input type="text"/>																																																		
Rede/programa:*	<input type="text"/>																																																		
Componente/serviço:*	<input type="text"/>																																																		
QUESTIONAMENTO																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mostrar</th> <th>10</th> <th>Filtro:</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Ordem</th> <th colspan="2">Nome</th> <th>Tipo de questão</th> <th>Obrigatório</th> <th>Opções</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">1. Anexar modelo padrão, assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="2">2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMec. Informar se faz parte de municípios agrupados em consórcio como município consorciado. Orientações: a) De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMec será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência. b) Em caso de consórcios com municípios agrupados, aqueles que são sede não poderão solicitar habilitação de EMAP-R.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td colspan="2">3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município.</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="2">4. Descrever o horário de funcionamento da EMAP-R, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diárias e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>5</td> <td colspan="2">5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>6</td> <td colspan="2">6. Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, com a aprovação de implementação da EMAP-R.</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Mostrar	10	Filtro:			Ordem	Nome		Tipo de questão	Obrigatório	Opções	1	1. Anexar modelo padrão, assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.		Arquivo	Sim		2	2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMec. Informar se faz parte de municípios agrupados em consórcio como município consorciado. Orientações: a) De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMec será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência. b) Em caso de consórcios com municípios agrupados, aqueles que são sede não poderão solicitar habilitação de EMAP-R.		Texto	Sim		3	3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município.		Arquivo	Sim		4	4. Descrever o horário de funcionamento da EMAP-R, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diárias e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.		Texto	Sim		5	5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.		Texto	Sim		6	6. Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, com a aprovação de implementação da EMAP-R.		Arquivo	Sim	
Mostrar	10	Filtro:																																																	
Ordem	Nome		Tipo de questão	Obrigatório	Opções																																														
1	1. Anexar modelo padrão, assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados: a) Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados; b) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD; c) Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar; d) Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024; e) Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.		Arquivo	Sim																																															
2	2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMec. Informar se faz parte de municípios agrupados em consórcio como município consorciado. Orientações: a) De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMec será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência. b) Em caso de consórcios com municípios agrupados, aqueles que são sede não poderão solicitar habilitação de EMAP-R.		Texto	Sim																																															
3	3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município.		Arquivo	Sim																																															
4	4. Descrever o horário de funcionamento da EMAP-R, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024. Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diárias e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.		Texto	Sim																																															
5	5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMec) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.		Texto	Sim																																															
6	6. Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, com a aprovação de implementação da EMAP-R.		Arquivo	Sim																																															
<input type="button" value="Nova questão"/>																																																			

Fonte: SAIPS, 2025

EMAP-R - Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Apoio - Reabilitação (PMec)

1. Anexar modelo padrão (ANEXO I), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do

Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo CNES, INE, categorias profissionais da equipe solicitada com suas respectivas cargas horárias (de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024), quando aplicável, informações sobre Amazônia legal e consórcio, assim como concordância com demais compromissos solicitados:

- Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados;
- Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD;
- Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar;
- Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024;
- Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

2. Descrever os fluxos de rede para integração com serviços de referência, incluindo consultas com especialistas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e unidades de APS que terão a equipe como referência para a atenção domiciliar especializada. Descrever processos de trabalho da equipe para: situações de intercorrências, confirmação de óbito em domicílio/expedição de Declaração de Óbito (DO) e busca ativa do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) em hospitais e unidades de urgência/emergência, para viabilizar a missão de desospitalização do PMeC.

Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, em seu Art. 549. O SAD/PMeC será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência. Em caso de consórcios com municípios agrupados, aqueles que são sede não poderão solicitar habilitação de EMAP-R.

3. Anexar Portaria de habilitação do SAMU ou deliberação CIB ou CIR de cobertura regional ou Ofício com extrato de atendimento considerando os últimos 90 dias que comprove atendimento ao município.

4. Descrever o horário de funcionamento da EMAP-R, de acordo com o Art. 553, §1º da Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024.

Orientação: De acordo com a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024, A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diurnas e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.

5. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.

6. Deliberação da CIB ou CIR, ocorrida há no máximo 6 meses, com a aprovação de implementação da EMAP-R.

A proposta deverá ser preenchida com os dados do proponente, conforme campos da figura 36:

Figura 36: Componente/Serviço

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*	<input type="text"/>	<input type="button" value="Validar"/>	
Nome		CNPJ	
Razão Social		CPF	
Logradouro		Número	Telefone
Complemento	Bairro	CEP	Municipio
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica	Gestão
Dependência			

Longitude: Latitude:

Tipo de abrangência:*

Município:*

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Fonte: SAIPS, 2025

No item “Componente/Serviço” (Figura 36), selecionar “Telessaúde (SAD/PMeC)” e no campo com valor solicitados, incluir o valor do repasse único, de acordo com a Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024, Art. 305:

§ 3º O município no qual o SAD/PMeC implementar serviços de telessaúde terá um incentivo adicional de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), em parcela única, por município, mediante solicitação acompanhada de comprovação da implantação. Desta maneira, o valor do incentivo é por município e não por equipe.

No campo “CNES do estabelecimento de saúde” (Figura 37), deverá ser informado o CNES da equipe do PMeC que utilizará o recurso, assim como as informações adicionais solicitadas nas figuras 37 e 38, como localização da equipe, população do município solicitante e tipo de abrangência. Os campos de população mínima e máxima não necessitam de preenchimento.

Figura 37: CNES do estabelecimento de Saúde

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*	<input type="text"/>	Validar																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2">CNPJ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Razão Social</td> <td colspan="2">CPF</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Logradouro</td> <td>Número</td> <td>Telefone</td> </tr> <tr> <td>Complemento</td> <td>Bairro</td> <td>CEP</td> <td>Município</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo de Estabelecimento</td> <td>Sub-tipo de Estabelecimento</td> <td>Natureza Jurídica</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dependência</td> </tr> </table>				Nome		CNPJ		Razão Social		CPF		Logradouro		Número	Telefone	Complemento	Bairro	CEP	Município	Tipo de Estabelecimento		Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica	Dependência			
Nome		CNPJ																									
Razão Social		CPF																									
Logradouro		Número	Telefone																								
Complemento	Bairro	CEP	Município																								
Tipo de Estabelecimento		Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica																								
Dependência																											
01.629.276/0001-04																											

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 38: Dados geográficos e demográficos

Longitude:	<input type="text"/>	Latitude:	<input type="text"/>	Ver o mapa
Tipo de abrangência:*	<input type="text"/>			
Município:*	<input type="text"/>			
População Total:	<input type="text"/>			
População Mínima:	<input type="text"/>	População Máxima:	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>				

Fonte: SAIPS, 2025

Figura 39: Aba “Questionários”

Área Técnica:*	<input type="text" value="Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGADOM)"/>																										
Rede/programa:*	<input type="text" value="Programa Melhor em Casa (PMeC) - Atenção Domiciliar (Habilitaç..."/>																										
Componente/serviço:*	<input type="text" value="Telessaúde (SAD/PMeC)"/>																										
QUESTIONAMENTO <table border="1"> <tr> <td>Nova questão</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mostrar</th> <th>10</th> <th>Filtro:</th> </tr> <tr> <th>Ordem</th> <th colspan="3">Nome</th> <th>Tipo de questão</th> <th>Obrigatório</th> <th>Opções</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td colspan="3">1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="3">2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>		Nova questão	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mostrar</th> <th>10</th> <th>Filtro:</th> </tr> <tr> <th>Ordem</th> <th colspan="3">Nome</th> <th>Tipo de questão</th> <th>Obrigatório</th> <th>Opções</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td colspan="3">1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="3">2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Mostrar	10	Filtro:	Ordem	Nome			Tipo de questão	Obrigatório	Opções	1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023			Arquivo	Sim		2	2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.			Texto	Sim	
Nova questão																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mostrar</th> <th>10</th> <th>Filtro:</th> </tr> <tr> <th>Ordem</th> <th colspan="3">Nome</th> <th>Tipo de questão</th> <th>Obrigatório</th> <th>Opções</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td colspan="3">1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023</td> <td>Arquivo</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="3">2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.</td> <td>Texto</td> <td>Sim</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Mostrar	10	Filtro:	Ordem	Nome			Tipo de questão	Obrigatório	Opções	1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023			Arquivo	Sim		2	2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.			Texto	Sim				
Mostrar	10	Filtro:																									
Ordem	Nome			Tipo de questão	Obrigatório	Opções																					
1	1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos: a) O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022. b) O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. c) O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. d) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS abrindo a AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD: * 03.01.01.031-5 * 03.01.01.030-7 * 03.01.07.023			Arquivo	Sim																						
2	2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.			Texto	Sim																						

Fonte: SAIPS, 2025

Telessaúde (SAD/PMeC)

1. Anexar modelo padrão (ANEXO II), assinado pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal, do OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, contendo dados do município solicitante, CNES, INE relacionados ao ponto de telessaúde, ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial, assim como o cumprimento dos seguintes requisitos:

- O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022.
- Apresentar documento comprobatório (imagens/dispositivos com número de série) e que o ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento.
- O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento.
- Apresentar documento comprobatório neste ofício (espelho de produção dos códigos citados abaixo ao considerar que já vêm sendo realizados) e o compromisso em alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD:

03.01.01.031-5 - Teleconsulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico);

03.01.01.030-7 - Teleconsulta médica na atenção especializada;

03.01.07.023-7 - Teleatendimento/telemonitoramento em Reabilitação Física.

2. Informar dados do Coordenador/responsável pelo gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) como: nome completo, cargo, função, contato telefônico e e-mail institucional.

ANEXOS

ANEXO I

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE EQUIPE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Eu _____, portador (a) do CPF nº _____, devidamente investido(a) no cargo de Secretário (a) Municipal de Saúde do município de _____, no estado (UF) _____, que (**integra ou não integra**) a Amazônia Legal, inscrito no CNPJ _____ com sede no endereço _____, solicito a habilitação de **[descrever qual equipe: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo I (EMAD I) (ou) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo II (EMAD II) (ou) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (ou) Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)** sob gestão **(estadual**

ou municipal ou Distrital), submetida para análise desse Ministério da Saúde pela proposta (SAIPS) nº _____, considerando o que dispõe na Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e na Portaria SAES/MS nº 1.619, de 22 de abril de 2024.

Na proposta citada, são solicitadas ____ (número de equipes), sendo o CNES, INE e composição da equipe com categorias profissionais e suas respectivas cargas horárias descritas a seguir:

1. CNES nº _____, INE (s) _____

Descrição da equipe:

Nome: _____ Categoria profissional: _____ Carga horária: _____

Declaro que esta equipe (**Integra ou não integra**) consorcio intermunicipal (Em caso de consorciamento de municípios, especificar município sede e consorciados.)

2. CNES nº _____, INE (s) _____

Descrição da equipe:

Nome: _____ Categoria profissional: _____ Carga horária: _____

Declaro que esta equipe (**Integra ou não integra**) consorcio intermunicipal (Em caso de consorciamento de municípios, especificar município sede e consorciados.)

(Seguir numeração, caso exista mais de uma equipe na proposta)

Para tal, declaro que cumprirei junto ao Ministério da Saúde, os seguintes compromissos:

- Manter o CNES/INE (profissionais e carga horária) atualizados;
- Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD;
- Disponibilizar e dar manutenção ao prontuário domiciliar;
- Ofertar o necessário para o funcionamento da equipe, considerando o que dispõe no Artigo 553 e 554 da Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024;
- Equipe mínima de categorias profissionais da equipe solicitada e suas respectivas cargas horárias, de acordo com o Art. 547 da Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

Declaro ainda estar ciente de que o incentivo financeiro mensal desta equipe é de R\$ (numérico e por extenso o valor da tipologia da equipe, acrescido ou não pela Amazônia Legal), destinado a custeio da equipe.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE
(Secretário (a) Municipal de Saúde)

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA PONTO DE TELESSAÚDE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____, devidamente investido(a) no cargo de Secretário (a) **estadual, municipal, Distrital** de _____, (UF) ____, CNPJ (**da entidade solicitante**) _____, solicito por meio da proposta SAIPS nº _____ o recebimento do incentivo financeiro referente à implementação de ponto de telessaúde para as equipes do Programa Melhor em Casa com CNES nº _____, INE(s) _____ do seguinte município _____, em parcela única, no valor de R\$ 15.000,00, sob gestão (**estadual, municipal, Distrital**), considerando o que dispõe na Portaria GM/MS nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024 as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 e NOTA TÉCNICA Nº 4/2024-CGADOM/DAHU/SAES/MS.

Para tanto, informo o devido cumprimento dos requisitos, como segue:

1. O ponto de telessaúde está instalado em espaço físico adequado e específico, com privacidade e segurança das informações tratadas durante atividades de telessaúde, bem como os meios para seu devido registro em prontuário físico ou eletrônico; em conformidade com a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022.

Descrição do local: Unidade de Saúde (nome): _____, situada em (endereço com CEP): _____.

2. O ponto de telessaúde dispõe de computador(es) com conectividade em banda larga e recurso de vídeo chamada para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. Identificação do(s) computador(es): Fabricante/Marca:

_____, Número de série:

_____, Capacidade do processador:

_____, Número de patrimônio (se houver):

3. O ponto de telessaúde dispõe de linha(s) telefônica(s) para uso exclusivo durante todo o seu horário de funcionamento. Identificação da(s) linha(s) telefônicas: Código DDD, Número: (_____) _____.

Declaro ainda que estou ciente que o referido incentivo financeiro será creditado em única parcela, por município, dependendo da disponibilidade financeira do Ministério da Saúde e destinado exclusivamente ao investimento para a finalidade declarada neste Ofício.

4. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) E-SUS aba AD com os códigos de procedimentos de atenção especializada presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) aplicáveis no contexto da AD:

- 03.01.01.031-5 - Teleconsulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico);

- 03.01.01.030-7 - Teleconsulta médica na atenção especializada;
- 03.01.07.023-7 - Teleatendimento/telemonitoramento em Reabilitação Física.

Declaro ciência de que a Telessaúde é um recurso complementar e não substitutivo do atendimento presencial.

Declaro ainda estar ciente de que o funcionamento do ponto de telessaúde seguirá as diretrizes do Ministério da Saúde e do Programa SUS Digital.

Assumo plena responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE
(Secretário (a) Estadual, Municipal, Distrital de Saúde)

CONCLUSÃO

Recomenda-se o envio de ofícios utilizando os modelos disponibilizados nos Anexos desta Nota Técnica nº 11/2025, com direcionamentos à Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGADOM/DAHU/SAES/MS.

Para informações adicionais, consulte a Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que estabelece a criação de nova tipologia de equipe do PMeC – EMAP-R, bem como o incentivo único para as equipes do PMeC (EMAD 1, EMAD 2, EMAP, EMAP-R) na implementação do uso de Telessaúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

MARIANA BORGES DIAS

Coordenadora-Geral

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

Ciente.

ALINE DE OLIVEIRA COSTA

Diretora

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência DAHU/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias**,
Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar, em 16/04/2025, às 15:23,
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 **Aline de Oliveira Costa, Diretor(a)**
do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, em
16/04/2025, às 16:04, 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 **0047291985** e o código CRC **22D0BA39**.

Brasília, 16 de abril de 2025.

Referência: Processo nº 25000.054999/2025-02

SEI nº 0047291985

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