

TERMO DE COMPROMISSO DE REGULAÇÃO DOS ATENDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO SERVIÇO HABILITADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

A Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde abaixo identificada, representada por seu Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde, torna público o compromisso assumido nos autos deste Termo.

O referente Termo de Compromisso de Regulação dos Atendimentos vincula a solicitação da habilitação do Serviço _____ como Centro Especializado em Reabilitação – CER (II, III ou IV) ou Oficina Ortopédica, registrado sob CNES nº _____, ao objetivo de garantir e seguir os fluxos de acesso e regulação assistencial pactuados pela gestão local, para operacionalização no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD, de forma a direcionar o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços. Caberá às secretarias estaduais e municipais a regulação do acesso aos serviços da RCPD, sob sua gestão, por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

Considerando o Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023 ([D11793 \(planalto.gov.br\)](#)), que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite, as disposições contidas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XIII ([#ANEXO XIII](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.htm)), que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência - PNAISPD no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, as disposições contidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI

([#ANEXOVI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.htm)), a qual institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012) ([#TITULOVIICAPIVSECI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.htm)), que institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD no âmbito do SUS, o (Estado ou Município) identificado abaixo, através da Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde, assume o compromisso especificado neste Termo.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União. Fica estabelecido o cumprimento imediato dos fluxos de regulação do acesso aos serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD, referentes aos atendimentos prestados pelo Serviço _____ habilitado como Centro Especializado em Reabilitação – CER (II, III ou IV) ou Oficina Ortopédica estabelecidos pela gestão local.

A Secretaria <ESTADUAL OU MUNICIPAL DE XXXX>

MUNICÍPIO:

ESTADO:

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR:

CNES:

ENDEREÇO:

Município/UF, _____ de _____ de _____.

Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde
Carimbo do (a) Secretário (a)

(OBS: Nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade).

A Secretaria <ESTADUAL OU MUNICIPAL DE XXXX>

A Instituição <razão social>, inscrita no CNPJ sob nº <_____>, sob CNES nº <_____> neste ato representado pelo (a) dirigente <_____>

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR:

CNES:

ENDEREÇO:

Declara-se que os atendimentos realizados por esta instituição serão garantidos e seguirão os fluxos de acesso e regulação conforme pactuação da gestão local. Nesses termos, estando assim acordados, assinam este instrumento de igual forma e para o mesmo efeito.

Município/UF, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário

Assinatura do Representante da Instituição

Nome do Representante da Instituição