

(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

TERMO DE COMPROMISSO DE AÇÕES INTERSETORIAIS – CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

O <Estado ou Município>, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pela SECRETARIA <ESTADUAL OU MUNICIPAL – SES ou SMS>, com sede e foro jurídico no município < >, inscrito no CNPJ sob o nº < >, representado pelo(a) Secretário (a) <Estadual ou Municipal>, Sr(a) < >, declara ciência da importância da integração e colaboração entre os diversos setores envolvidos na prevenção e promoção da saúde da pessoa com deficiência e no fortalecimento do SUS.

Dessa forma, me comprometo a trabalhar de forma conjunta e coordenada com os setores locais da proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, promovendo a articulação entre as diferentes organizações da sociedade civil e entidades que compõem o cenário intersetorial no âmbito do SUS, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) que dispõe sobre organização em eixos de atuação, sendo o eixo articulação intersetorial um de seus destaques. Assim, estou ciente e comprometido com a necessidade de aprimorar a eficiência e eficácia das ações em saúde, buscando soluções inovadoras e sustentáveis para enfrentar os desafios que se apresentam.

Tenho ciência e comprometimento em implementar iniciativas em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), bem como

na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e outros documentos que norteiam o cuidado à saúde da pessoa com TEA.

Por fim, tenho ciência que este termo atesta o compromisso com a integralidade do cuidado a fim de qualificar o modelo de cuidado centrado nas pessoas com TEA atendidas no serviço <nome da instituição> registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº <_>, NATUREZA JURÍDICA (Pública/Filantrópica) e GESTÃO (estadual/municipal/dupla), além de contribuir para a construção de um planejamento terapêutico considerando os fatores sociais, econômicos e ambientais desta localidade.

LOCAL, de de 20XX.

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

Nome do (a) Secretário (a)