

(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

**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 ([#ANEXOXIII](https://bvsms.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://bvsms.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) ([#TITULOVIIICAPIVSECI](https://bvsms.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