

**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 (TEA), 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 das pessoas com deficiência.

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 deficiência 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)

Assinatura do Representante da Instituição

---

Nome do Representante da Instituição

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