(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

TERMO DE COMPROMISSO DE IDENTIDADE VISUAL PARA CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER) E OFICINAS ORTOPÉDICAS

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

O referente Termo de Compromisso vincula a solicitação da habilitação do Serviço _____ como Centro Especializado em Reabilitação (CER) ou Oficina Ortopédica Fixa ou Itinerante, à adesão da identificação visual segundo padrões do Manual de Identidade Visual no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Ministério da Saúde.

Em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, consolidadas nas Portarias GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, a qual institui incentivo de custeio para os Componentes Atenção Especializada, bem como os critérios técnicos estabelecidos pela área técnica, o (Estado ou Município) identificado abaixo, através da Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde, assume o compromisso especificados 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 prazo de 90 dias para adequação solicitada neste Termo de Compromisso.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso.

ESTADO: MUNICÍPIO:

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR: CNES:

ENDEREÇO: Município/UF, _____ de _____ de _____.

_____

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