



PASSO A PASSO PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DO COMPONENTE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS

A Habilitação de serviços de saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se configura como um processo no qual o Gestor Federal, no caso o Ministério da Saúde, ratifica a contratualização dos Pontos de Atenção, do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, observada as responsabilidades definidas no âmbito da Rede, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, Portaria GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012 e Portaria GM/MS nº 1.516 de 24 de julho de 2013.

Serão Habilitados os serviços previstos no Plano de Ação Regional e/ou Estadual, obedecendo ao planejamento de execução e implementação pactuado nos Grupos Condutores Estaduais de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

O Gestor Estadual/Municipal deverá encaminhar a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência os seguintes documentos:

1. Ofício encaminhado pelo Gestor Municipal/Estadual solicitando a Habilitação de Centro Especializado em Reabilitação II, III ou IV, e que o mesmo será incluído no Plano de Ação Estadual, como ponto de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme modelo (Anexo I);
2. Termo de Compromisso de uso de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência assinado pelo gestor estadual ou Municipal, conforme modelo (Anexo II). Ver *Manual de Identidade Visual*, no site www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia.
3. Projeto Técnico-Descritivo para Habilitação do Serviço, conforme modelo (Anexo III);
4. Formulário de Vistoria do Serviço assinado pelo Gestor Municipal/Estadual, conforme modelo (Anexo IV);
5. Declaração do Grupo Conductor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência aprovando a habilitação do serviço.
6. Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária ou declaração do gestor de que estão sendo providenciadas as exigências legais junto aos órgãos competentes (pode ser enviado protocolo de solicitação de atualização/regularização);
7. Cópia do Registro Profissional dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação (equipe mínima conforme Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual disponível em www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia), sendo que para equipe médica é necessário enviar também cópia dos certificados de especialização.
8. Se a habilitação solicitada for de estabelecimento de saúde privado (com ou sem fins lucrativos), deverá ser enviado pelo gestor Estadual ou Municipal cópia do Contrato de Prestação de Serviço.

A Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS, fará a análise técnica da documentação e em caso de parecer favorável, serão tomadas as providências para a publicação da Habilitação. Em caso de pendências o Ministério da Saúde encaminhará à respectiva Secretaria de Estado/Municipal da Saúde o relatório da análise técnica para conhecimento, manifestação e providências.



ANEXO I

Ofício nº _____

À Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS

Vimos pelo presente requerer junto a este Ministério a habilitação do serviço (nome serviço), CNPJ _____, inscrita no CNES sob o nº _____, em Centro Especializado de Reabilitação (II, III ou IV), com a finalidade de desenvolver ações de cuidado à saúde no campo da reabilitação das pessoas com deficiência (física, auditiva, visual e/ou intelectual).

Declaro ainda que o referido estabelecimento de saúde está em conformidade com a Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e a Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012, bem como seus instrutivos.

Ao mesmo tempo, firmamos o compromisso de que o referido serviço foi pactuado junto às Regiões de Saúde e Grupo Condutor Estadual como Ponto de Atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Segue em anexo as seguintes documentações para apreciação e análise: Projeto Técnico-Descritivo para Habilitação do Serviço de Reabilitação em CER; Formulário de Vistoria do Serviço de Reabilitação; Alvará de Funcionamento concedido pela Vigilância Sanitária; Cópia do Registro Profissional dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação (equipe mínima) e Termo de Compromisso de Identidade Visual.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Secretário(a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

[Carimbo do(a) Secretário(a)]



ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL

À Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS/MS,

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 [redacted] como Centro Especializado em Reabilitação – CER (II, III ou IV), à adesão da identificação visual segundo padrões do Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, estabelecidos nacionalmente (ver especificações de aplicação no *Manual de Identidade Visual* publicado no site www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia).

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, e as disposições contidas na Portaria nº 793, GM/MS, de 24 de abril de 2012 que Institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria nº 835, GM/MS, de 25 de abril de 2012, que Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e Instrutivo(s) de Reabilitação (Tipo da Reabilitação), 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 60 dias para adequação solicitada neste Termo de Compromisso.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso em duas vias de igual teor, ficando uma com o ente o Estadual ou Municipal e uma com a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – CGSPD/DAPES/SAS/MS.

ESTADO:

MUNICÍPIO:

PROPONENTE:

CNPJ:

CNES:

ENDEREÇO:

Município/UF, [redacted] de [redacted] de [redacted].

Secretário(a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

[Carimbo do(a) Secretário(a)]

pessoacomdeficiencia@saude.gov.br
www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia

Tel: (61) 3315-6236/6238



ANEXO III

ROTEIRO DE ELABORAÇÃO DE PROJETO TÉCNICO-DESCRIPTIVO PARA HABILITAÇÃO

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

Identificação da Instituição

Nome:

CNPJ:

Cadastro no CNES:

Estado:

Município:

Telefone:

Fax:

E-mail:

Endereço:

Tipo de Prestador

I. Introdução

1. Breve histórico do Serviço de Reabilitação;
2. Quais modalidades de reabilitação que o serviço está solicitando nesta habilitação:
() Física () Intelectual () Visual () Auditiva
 - 2.1 O serviço prestará cuidados à pessoa ostomizada?
() sim () não
 - 2.2 O serviço conta com o apoio de um serviço de oficina ortopédica?
() sim () não

Se sim, qual? (no próprio serviço ou utiliza referência externa – indicar CNES)
3. Número de Pacientes mês/ano;
4. Número de Atendimentos mês/ano;
5. Capacidade máxima de atendimento do serviço;

II. Justificativa

6. Perfil epidemiológico de pessoas com deficiência da região de saúde, justificando a necessidade da habilitação do serviço.
7. Descrição de ações desenvolvidas pelo CER em articulação com demais pontos de Atenção da Rede SUS, apontando os fluxos assistenciais de referência e contra referência, pactuados e estabelecidos no território loco-regionais;
8. Descrição dos processos de concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, incluindo os processos de prescrição, reabilitação, acompanhamento e manutenção;
9. Descrição dos mecanismos de registro de informação dos procedimentos realizados pelo serviço;
10. Descrição de ações e/ou programas intersetoriais e desenvolvidas pelo CER em articulação com o campo da educação, proteção social, esporte, trabalho, entre outras.

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE VISTORIA

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

1. DADOS CADASTRAIS

- 1.1 ESTADO:
1.2 MUNICÍPIO:
1.3 NOME DA UNIDADE:
1.4 CNPJ: CADASTRO NO CNES:
1.5 TELEFONE: FAX:
1.6 E-MAIL:
1.7 ENDEREÇO:
1.8 RESPONSÁVEL TÉCNICO:

2. TIPO DE PRESTADOR:

- 2.1 () Federal
2.2 () Estadual
2.3 () Municipal
2.4 () Filantrópico
2.5 () Privado

3. Recursos Humanos

- 3.1 O serviço conta com um coordenador?
() sim () não

Carga Horária:

Tipo de Vínculo:

- 3.2 O serviço conta com Médico.
() sim () não Quantos? ____

Quais as especialidades?

Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.

- 3.3 O serviço conta com Fisioterapeuta?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.4 O serviço conta com Fonoaudiólogo?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.5 O serviço conta com Terapeuta Ocupacional?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.6 O serviço conta com Psicólogo?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.7 O serviço conta com Nutricionista? - opcional
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.8 O serviço conta com Enfermeiro?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.9 O serviço conta com Técnico em Enfermagem?
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.10 O serviço conta com Assistente Social? – opcional.
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.11 O serviço conta com Pedagogo – opcional
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.
- 3.12 O serviço conta com Técnico em Mobilidade – opcional
() sim () não Quantos? ____
Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.

3.13 O serviço conta com Protético Ocular – opcional.

() sim () não Quantos? _____

Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.

3.14 O serviço conta com um Tecnólogo Oftálmico? – opcional.

() sim () não Quantos? _____

Descreva para cada um dos profissionais, carga horária e tipo de vínculo.

4. Estrutura Física. O CER deve estar em conformidade com as Legislações e Normas de Acessibilidade de Edificações (NBR-9050).

4.1 O CER é do tipo:

4.1.1 () II (Preencher TABELA A)

4.1.2 () III (Preencher TABELA B)

4.1.3 () IV (Preencher TABELA C)

4.2 Tipos de reabilitação. [Se o CER for do tipo II, assinalar 02 (dois) tipos de Reabilitação; se for do tipo III, assinalar 03 (três) tipos; e se for do tipo IV, assinalar os 04 (quatro) tipos.]

4.2.1 () Física

4.2.2 () Auditiva

4.2.3 () Visual

4.2.4 () Intelectual

TABELA A – CER Tipo II

ÁREAS		Assinalar com X se sim ou Não		Quant. Mín.	AMBIENTE
		S	N		
ESPECIALIDADES DE REABILITAÇÃO (Preencher apenas os dois tipos assinalados no item 5.2)	FÍSICA	S	N	01	Consultório Fisioterapia, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem
		S	N	04	Box de eletroterapia
	AUDITIVA	S	N	01	Consultório Otorrinolaringológico

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

		S	N	01	Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica
		S	N	01	Sala para Exames complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e emissões otoacústicas (EOA)
		S	N	01	Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)
	VISUAL	S	N	01	Consultório Oftalmológico
		S	N	01	Laboratório de Prótese Ocular - opcional
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	INTELECTUAL	S	N	01	Consultório Neurologista
	COMUM DE HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO	S	N	04	Sala de Triagem
		S	N	04	Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional
S		N	01	Átριο com bancada de trabalho coletiva	
S		N	01	Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil	
S		N	01	Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto	
S		N	01	Sala de atendimento terapêutico infantil	
S		N	01	Sala de atendimento terapêutico adulto	
S		N	01	Sala de Estimulação Precoce	
S		N	01	Sala de Atividade de Vida Prática (AVP)	
S		N	01	Sala de reunião	

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

	S	N	01	Áreas de Convivência Interna
APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO	S	N	02	Sanitários Independentes (feminino e masculino)
	S	N	01	Fraldário
	S	N	01	Sala de espera/recepção
	S	N	02	Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)
	S	N	01	Almoxarifado
	S	N	01	Sala de arquivo
	S	N	02	Sala do setor administrativo
	S	N	01	Depósito de Material de Limpeza (DML)
	S	N	01	Copa/ refeitório
	S	N	01	Sala de armazenamento temporário de resíduos
	EXTERNA	S	N	01
S		N	01	Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado
S		N	01	Área externa para embarque e desembarque de ambulância
S		N	01	Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa
S		N	01	Abrigo externo de resíduos sólidos
S		N	01	Garagem (descoberta)

TABELA B – CER Tipo III					
ÁREAS		Assinalar com X se sim ou Não		Quant. Mín.	AMBIENTE
ESPECIALIZADAS DE REABILITAÇÃO (Preencher apenas os três tipos assinalados no item 5.2)	FÍSICA	S	N	01	Consultório Fisioterapia, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem
		S	N	04	Box de eletroterapia
	AUDITIVA	S	N	01	Consultório Otorrinolaringológico
		S	N	01	Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica
		S	N	01	Sala para Exames complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e emissões otoacústicas (EOA)
		S	N	01	Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)
	VISUAL	S	N	01	Consultório Oftalmológico
		S	N	01	Laboratório de Prótese Ocular - opcional
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	INTELECTUAL	S	N	01	Consultório Neurologista
	COMUM DE HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO	S	N	05	Sala de Triagem
		S	N	05	Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

	S	N	01	Átριο com bancada de trabalho coletiva
	S	N	02	Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil
	S	N	02	Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto
	S	N	02	Sala de atendimento terapêutico infantil
	S	N	02	Sala de atendimento terapêutico adulto
	S	N	01	Sala de Estimulação Precoce
	S	N	01	Sala de Atividade de Vida Prática (AVP)
	S	N	01	Sala de reunião
	S	N	01	Áreas de Convivência Interna
APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO	S	N	02	Sanitários Independentes (feminino e masculino)
	S	N	01	Fraldário
	S	N	01	Sala de espera/recepção
	S	N	02	Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)
	S	N	01	Almoxarifado
	S	N	01	Sala de arquivo
	S	N	03	Sala do setor administrativo
	S	N	01	Depósito de Material de Limpeza (DML)
	S	N	01	Copa/ refeitório
	S	N	01	Sala de armazenamento temporário de resíduos
EXTERNA	S	N	01	Área de convivência externa

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

	S	N	01	Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado
	S	N	01	Área externa para embarque e desembarque de ambulância
	S	N	01	Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa
	S	N	01	Abrigo externo de resíduos sólidos
	S	N	01	Garagem (descoberta)

TABELA C – CER Tipo IV

ÁREAS		Assinalar com X se sim ou Não		Quant. Mín.	AMBIENTE
ESPECIALIZADAS DE REABILITAÇÃO (Preencher todos os tipos, conforme assinalado no item 5.2)	FÍSICA	S	N	01	Consultório Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem
		S	N	04	Box de eletroterapia
	AUDITIVA	S	N	01	Consultório Otorrinolaringológico
		S	N	01	Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica
		S	N	01	Sala para Exames complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e emissões otoacústicas (EOA)
		S	N	01	Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)
	VISUAL	S	N	01	Consultório Oftalmológico

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

		S	N	01	Laboratório de Prótese Ocular - opcional
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	INTELLECTUAL	S	N	01	Consultório Neurologista
COMUM DE HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO		S	N	06	Sala de Triagem
		S	N	06	Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional
		S	N	01	Átrio com bancada de trabalho coletiva
		S	N	03	Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil
		S	N	03	Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto
		S	N	03	Sala de atendimento terapêutico infantil
		S	N	03	Sala de atendimento terapêutico adulto
		S	N	02	Sala de Estimulação Precoce
		S	N	01	Sala de Atividade de Vida Prática (AVP)
		S	N	01	Sala de reunião
APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO		S	N	04	Sanitários Independentes (feminino e masculino)
		S	N	01	Fraldário
		S	N	01	Sala de espera/recepção

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

	S	N	02	Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)
	S	N	01	Almoxarifado
	S	N	01	Sala de arquivo
	S	N	04	Sala do setor administrativo
	S	N	01	Depósito de Material de Limpeza (DML)
	S	N	01	Copa/ refeitório
	S	N	01	Sala de armazenamento temporário de resíduos
EXTERNA	S	N	01	Área de convivência externa
	S	N	01	Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado
	S	N	01	Área externa para embarque e desembarque de ambulância
	S	N	01	Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa
	S	N	01	Abrigo externo de resíduos sólidos
	S	N	01	Garagem (descoberta)

5. Equipamentos:

5.1. Lista de equipamentos de reabilitação física:

1. () Nebulizador portátil;
2. () Martelo de reflexo;
3. () Oxímetro Portátil;
4. () Simetógrafo;
5. () Goniômetros;
6. () Barras paralelas;
7. () Andador adulto e infantil;
8. () Escada linear para marcha;

9. () Tábua de propriocepção;
10. () Tablado para fisioterapia;
11. () Estimulador tátil;
12. () Freezer;
13. () Mocho;
14. () Muletas canadenses regulável;
15. () Muletas axilares em alumínio com regulagem de altura;
16. () Bengalas;
17. () Cadeiras de rodas;
18. () Mesas auxiliares;
19. () Eretor com mesa de treino de postura Adulto/Infantil (parapódio);
20. () Ultra som para fisioterapia frequência 1 e 3 MHz contínuo e pulsado;
21. () FES;
22. () TENS estimulador transcutâneo;
23. () Infravermelho com pedestal e rodízios;
24. () Macas de madeira acolchoadas;
25. () Laser para Fisioterapia;
26. () Mesas para atividades;
27. () Escada com 2 degraus;
28. () Rampa para alongamento

5.2. Lista de equipamentos de reabilitação auditiva:

1. () Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);
2. () Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico – PEATE;
3. () Audiômetro de dois canais;
4. () Imitanciômetro multifrequencial;
5. () Cabina audiométrica;
6. () Sistema de campo livre;
7. () Foco Frontal;
8. () Otoscópio;
9. () Autoclave;
10. () Cadeira de otorrinolaringologia;
11. () Maca;
12. () Escada com 2 degraus;
13. () Ganho de Inserção equipamento de verificação eletroacústica
14. () Aspirador de secreção

5.3. Lista de equipamentos de reabilitação visual:

1. () Lâmpada de Fenda;
2. () Tonômetro de aplanção;
3. () Oftalmoscópio Indireto com lente de 20 dioptrias;
4. () Refrator;
5. () Cadeira oftalmológica e coluna;
6. () Lensômetro;
7. () Retinoscópio;
8. () Oftalmoscópio direto;
9. () Campímetro Manual ou Tela Tangente;
10. () Lanterna manual;

5.4. Lista de equipamentos de reabilitação intelectual:

1. () Lanterna para exame neurológico;
2. () Balança infantil e adulto;
3. () Martelo para exame neurológico;
4. () Maca;
5. () Mesa com quatro cadeiras (infantil);
6. () Mesa com quatro cadeiras (adulto);
7. () Andador (infantil e adulto);
8. () Tábua de propriocepção;

5.5. Lista de móveis da Sala de AVP:

1. () Cama;
2. () Armário;
3. () Mesa com cadeiras;
4. () Geladeira;
5. () Fogão;

5.6. Lista de equipamentos comuns aos CERs

1. () Computador;
2. () Impressora;
3. () Negatoscópio(s);
4. () Estetoscópio adulto e infantil;
5. () Esfigmomanômetro (adulto e infantil);
6. () Cadeira de rodas adulto e infantil;



COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/DAPES/SAS/MS

Atualizado em 14/10/13

- 7. () Arquivos;
- 8. () Cadeiras;
- 9. () Armários;
- 10. () Mesas;
- 11. () Televisor

Conhecendo as condições técnicas, de estrutura física e a disponibilidade de recursos humanos deste Centro de Reabilitação, informo que a unidade cumpre as exigências e normativas técnicas estabelecidas pela Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e a Portaria 835 de 25 de abril de 2012. Declaro autênticas as informações contidas neste formulário.

Nome/Assinatura/Carimbo

Cargo/Função

Local, ___ de ___ de ___