



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE REGULAÇÃO DOS ATENDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO SERVIÇO HABILITADO PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

A Secretaria (Municipal) de Saúde abaixo identificada, representada por seu Secretário (a) (Municipal) de Saúde, torna público o compromisso assumido nos autos deste Termo.

O referente Termo de Compromisso de Regulação dos Atendimentos vincula a habilitação do Serviço _____ como Serviço de Reabilitação Intelectual - DI/TEA em modalidade única, 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.

Caberá às secretarias municipais a regulação do acesso ao serviço da RCPD, sob sua gestão, por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, conforme normativas estaduais, em cumprimento a Deliberação 718/CIB/2025 e a Deliberação 108/CIB/2024 retificada em 06 de novembro de 2025.

O (Município) identificado abaixo, através da Secretaria (Municipal) de Saúde, assume e mantém o compromisso especificado neste Termo.

A Secretaria <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)



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Declara-se que os atendimentos realizados serão garantidos e seguirão os fluxos de acesso e regulação conforme pactuação da gestão local com prestador. 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