

**PASSO A PASSO PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DO COMPONENTE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

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 nº 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012.

O Gestor Estadual/Municipal deverá encaminhar a Área Técnica 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. Projeto Técnico-Descritivo para Habilitação do Serviço, conforme modelo (Anexo II);
3. Declaração do grupo condutor estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e cópia da resolução CIB aprovando a habilitação do serviço;
4. Formulário de Vistoria do Serviço assinado pelo Gestor Municipal/Estadual, conforme modelo (Anexo III);
5. 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);
6. Cópia do Registro Profissional dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação;
7. 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 IV). Ver *Manual de Identidade Visual*, no site [www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia](http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia).

Área Técnica 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.



## ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

---

### ANEXO I

Ofício nº [REDACTED]

À Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS

Vimos pelo presente requerer junto a este Ministério a habilitação do serviço (nome serviço), CNPJ [REDACTED], inscrita no CNES sob o nº [REDACTED], 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, Grupo Condutor Estadual e na Comissão Intergestora Bipartite, 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; Cópia da Resolução CIB; Cópia do Registro Profissional dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação; Alvará de Funcionamento concedido pela Vigilância Sanitária; Termo de Compromisso de Identidade Visual; e Formulário de Vistoria do Serviço de Reabilitação.

Cidade, [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED].

---

Secretário(a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

[Carimbo do(a) Secretário(a)]



ANEXO II

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 das Atividades Desenvolvidas pelo Serviço de Reabilitação;
2. Quais modalidades de deficiência o serviço pretende atender a partir da habilitação:  
 Física  Intelectual  Visual  Auditiva
  - 2.1 O serviço prestará cuidados à pessoa ostomizada?  
 sim  não
  - 2.2 O serviço conta com o serviço de oficina ortopédica?  
 sim  não
3. Número de Pacientes mês/ano;
4. Número de Atendimentos mês/ano;
5. Capacidade de atendimento do serviço
6. Organização do fluxo assistencial;
7. De acordo com pactuação no Grupo Condutor Estadual do desenho e Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, qual a responsabilidade contratualizada para o referido Ponto de Atenção na Rede;

## **II. Justificativa**

Perfil epidemiológico de pessoas com deficiência da região de saúde, justificando a necessidade da habilitação do serviço.

## **III. Descrição dos Recursos Humanos**

Descrever o quantitativo de recursos humanos que compõe o Serviço, incluindo carga horária, tipo de vínculo e categoria profissional.

## **IV. Descrição da Capacidade Instalada**

Descrever a estrutura física do Serviço listando todos os equipamentos e materiais por ambiente.

**ANEXO III**

**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
- 3.2 O serviço conta com Médico.  
( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_  
Qual as especialidades? \_\_\_\_\_
- 3.3 O serviço conta com Fisioterapeuta?  
( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_

- 3.4 O serviço conta com Fonoaudiólogo?  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.5 O serviço conta com Terapeuta Ocupacional?  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.6 O serviço conta com Psicólogo?  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.7 O serviço conta com Nutricionista?  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.8 O serviço conta com Enfermeiro?  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.9 O serviço conta com Técnico em Enfermagem? – opcional  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.10 O serviço conta com Assistente Social?– opcional.  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.11 O serviço conta com Pedagogo – opcional.  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.12 O serviço conta com Técnico em Mobilidade.  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.13 O serviço conta com Protético Ocular – opcional.  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_
- 3.14 O serviço conta com um Tecnólogo Oftálmico? – opcional.  
( )sim ( )não Quantos? \_\_\_\_

**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

4.2.5

TABELA A – CER Tipo II					
ÁREAS		Assinalar com X se sim ou Não		Quant. Mín.	AMBIENTE
<b>ESPECIALIZADAS DE REABILITAÇÃO</b>  (Preencher apenas os dois tipos assinalados no	<b>FÍSICA</b>	S	N	01	Consultório Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem
		S	N	04	Box de eletroterapia
	<b>AUDITIVA</b>	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 Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA

item 5.2)		S	N	01	Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)
	<b>VISUAL</b>	S	N	01	Consultório Oftalmológico
		S	N	01	Laboratório de Prótese Ocular
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	<b>INTELECTUAL</b>	S	N	01	Consultório Neurologista
<b>COMUM DE HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO</b>	S	N	04	Sala de Triagem	
	S	N	04	Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional	
	S	N	01	Átrio 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	
<b>APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO</b>	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
<b>EXTERNA</b>	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)

TABELA B – CER Tipo III					
ÁREAS		Assinalar com X se sim ou Não		Quant. Mín.	AMBIENTE
<b>ESPECIALIZADAS DE REABILIT</b>	<b>FÍSICA</b>	S	N	01	Consultório Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem

AÇÃO  (Preench er apenas os três tipos assinlad os no item 5.2)		S	N	04	Box de eletroterapia
	AUDITI VA	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 Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA
		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
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	INTELEC TUAL	S	N	01	Consultório Neurologista
	COMUM DE HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO	S	N	05	Sala de Triagem
		S	N	05	Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional
		S	N	01	Átrio 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
<b>APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO</b>	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
<b>EXTERNA</b>	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)

TABELA C – CER Tipo IV			
ÁREAS	Assinalar com X se sim ou	Quant.	AMBIENTE

		Não		Mín.	
<b>ESPECIALIZADAS DE REABILITAÇÃO</b> (Preencher todos os tipos, conforme e assinalado no item 5.2)	<b>FÍSICA</b>	S	N	01	Consultório Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia
		S	N	01	Ginásio
		S	N	01	Consultório de Enfermagem
		S	N	04	Box de eletroterapia
	<b>AUDITIVA</b>	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 Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA
		S	N	01	Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)
	<b>VISUAL</b>	S	N	01	Consultório Oftalmológico
		S	N	01	Laboratório de Prótese Ocular
		S	N	01	Sala de Orientação de Mobilidade
		S	N	01	Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão
	<b>INTELLECTUAL</b>	S	N	01	Consultório Neurologista
	<b>COMUM DE HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO</b>	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
	S	N	01	Áreas de Convivência Interna
<b>APOIO ADMINISTRATIVO E RECEPÇÃO</b>	S	N	04	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	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
<b>EXTERNA</b>	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. ( ) Rolo de posicionamento;
8. ( ) Andador adulto e infantil;
9. ( ) Escada linear para marcha;
10. ( ) Tábua proprioceptiva;
11. ( ) Tablado para fisioterapia
12. ( ) Estimulador tátil;
13. ( ) Freezer;
14. ( ) Mocho;
15. ( ) Muletas canadenses regulável;
16. ( ) Muletas axilares em alumínio com regulagem de altura;
17. ( ) Bengalas;
18. ( ) Cadeiras de rodas
19. ( ) Mesas auxiliares
20. ( ) Eretor com mesa de treino de postura Adulto/Infantil (parapódio)
21. ( ) Ultra som para fisioterapia frequência 1 e 3 MHz contínuo e pulsado;
22. ( ) FES;
23. ( ) TENS estimulador transcutâneo;
24. ( ) Infravermelho com pedestal e rodízios;
25. ( ) Macas de madeira acolchoadas

### 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 multifreqüencial;
5. ( ) Cabina audiométrica;
6. ( ) Sistema de campo livre;
7. ( ) Foco Frontal;
8. ( ) Otoscópio;
9. ( ) Autoclave;
10. ( ) Cadeira de otorrinolaringologia;

11. ( ) Maca;
12. ( ) Escada de ferro;

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);

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;

Conhecendo as condições técnicas, de estrutura física e a disponibilidade de recursos humanos desta 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 \_\_\_



**ANEXO IV**

**TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL**

À Coordenação da Área Técnica 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](http://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 da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – ATSPD/DAPES/SAS/MS.



ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

---

ESTADO:

MUNICÍPIO:

PROPONENTE:

CNPJ:

CNES:

ENDEREÇO:

Município/UF, [ ] de [ ] de [ ].

---

Secretário(a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

[Carimbo do(a) Secretário(a)]