



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE Nº. 021/2012 firmado entre o MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA E A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA - APAE

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA/MG

Endereço: Rua São João, 290 – Bairro Centro

Lagoa Santa/MG - CEP: 33.400-000

CNPJ/MF sob o nº. 73.357.469/0001-56

Representado pelo Prefeito Municipal, o Sr. Fernando Pereira Gomes Neto, titular da Cédula de Identidade R.G. nº M-3.764.615 SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº. 272.279.446-20.

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA - APAE

Endereço: Rua Lindolfo da Costa Viana nº 222 - Bairro Várzea

Lagoa Santa/MG - CEP 33.400-000

CNPJ/MF: 17.395.815/0001-10

Representado pela presidente Djanira Soares Botelho, casada, portador da Carteira de Identidade nº.: M-666547, emitida pela SSP/MG, e com inscrição no CPF sob o nº.: 033.915.126-95.

As partes acima identificadas celebram o presente Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços nº. 021/2012 decorrente do **processo nº 032/2012**, modalidade **Dispensa nº 009/2012**, firmado em 12/03/2012, resolvem alterar o referido instrumento em decorrência de alteração das cláusulas segunda, quarta, quinta e sétima, sendo este referente a acréscimo quantitativo em 3,864866499% e inclusão do Anexo I – Plano Operativo Assistencial – POA, nos termos do artigo 65 da Lei 8.666/93, nas seguintes cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Altera-se a cláusula segunda: **DA ESPECIFICAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**, que passa a vigorar da seguinte forma:

" 2.1. A Especificação dos serviços está disposta cláusula sétima, item 7.1 deste contrato.

2.2. A Contratada se responsabilizará pela execução dos serviços descritos no Anexo I – Plano Operativo Assistencial – POA:

2.3. As eventuais mudanças de endereço do estabelecimento da Contratada e/ou substituição do Diretor Clínico ou Técnico e do responsável pelos serviços auxiliares, de diagnóstico e terapia, deverão ser imediatamente comunicadas à Contratante, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo a mesma rever as condições deste instrumento e até mesmo rescindi-lo, conforme o disposto nesse instrumento.

2.4. O Plano Operativo Assistencial (Anexo I) é parte integrante deste contrato, devendo ser cumprido na sua integralidade. "



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA SETOR DE CONTRATOS

CLÁUSULA SEGUNDA:

Altera-se a cláusula quarta: **DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**, que passa a vigorar da seguinte forma:

"4.1 – A Contratada se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento, devendo:

4.1.1 Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

4.1.2 Não utilizar e nem permitir que utilizem o paciente para fins de experimentação, limitando as práticas terapêuticas a procedimentos consagrados e reconhecidos pelo Conselho Federal de medicina, pelos serviços Nacional de fiscalização da medicina e Farmácia, ou de outros órgãos públicos competentes;

4.1.3 Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo Universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;

4.1.4 Afixar aviso , em local visível, de sua condição de entidade do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição, dentro dos limites específicos no Contrato formalizado pelo SUS à disposição dos usuários na Diretoria deste;

4.1.5 Justificar ao paciente ou a seu responsável , por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realizar de qualquer ato profissional necessário a execução dos procedimentos previsto no contrato;

4.1.6 Notificar a Contratante de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, Contrato ou Estatuto, enviando a Contratante , no prazo de 60(sessenta) dias , contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão de Junta comercial e do cartório de Registro de Pessoa Jurídica;

4.1.7 Fornecer ao paciente demonstrativo dos valores pagos pelo SUS, pelo seu atendimento, sendo facultativo o fornecimento de demonstrativo dos valores gastos pela Contratada;

4.1.8 Executar o objeto previsto nesse Termo, responsabilizando exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferida pelo Contratante;

4.1.9 Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA SETOR DE CONTRATOS

- 4.1.10 Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviço de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 4.1.11 Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- 4.1.12 Ter comissão de Ética médica;
- 4.1.13 Responsabilizar-se pela indenização de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, ficando assegurado a Contratada o direito de regresso;
- 4.1.14 O acompanhamento e a fiscalização da execução deste contrato pelos Órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada nos termos da Legislação referente a licitação e contratos administrativos.
- 4.2. Enviar arquivo de produção de BPA magnético, a Contratante, juntamente com os relatórios de produção, carimbado e assinado, até o 1º dia útil do mês subsequente a Produção.
- 4.3. Considera-se mês de produção a referência de início no vigésimo dia de cada mês e encerramento 30 dias após o início.
- 4.4. O pagamento a Contratada somente será realizado após o processamento do relatório pelo Setor de Regulação e envio ao setor competente para pagamento.
- 4.5. Cumprir obrigações definidas para o Serviço de SERDI tipo I, conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.403, de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.404, de 19/03/2013 no qual insere o Município na N Rede de Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG e institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA."

CLÁUSULA TERCEIRA:

Altera-se a cláusula quinta: **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**, que passa a vigorar da seguinte forma:

- 5.1. Deverá fiscalizar a execução do contrato, bem como:
- 5.2. Efetuar o pagamento à contratada em conformidade com o disposto neste instrumento;
- 5.3. Poderá ocorrer visita técnica às instalações pela auditoria do município.
- 5.4. Recusar os serviços que estiverem fora das especificações constantes deste Termo;



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA SETOR DE CONTRATOS

5.5. Exigir a qualquer tempo da contratada, documentos que comprovem o correto e tempestivo pagamento de todos os encargos previdenciários, trabalhistas, fiscais e comerciais decorrentes da execução deste Contrato, bem como todas as qualificações que ensejaram sua habilitação

5.6. Cumprir obrigações definidas para o Serviço de SERDI tipo I, conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.403, de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.404, de 19/03/2013 no qual insere o Município na Rede de Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG e institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA.”

CLÁUSULA QUARTA:

Altera-se a cláusula sétima: **DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**, que passa a vigorar da seguinte forma:

“ 7.1 O valor estimado para prestação de serviço mensalmente é de R\$ 17.003,79 (dezesete mil e três reais e setenta e nove centavos), mensalmente, discriminados da seguinte forma:

Descrição	Forma Pagamento		Valor Mensal
	Pré-fixada	Pós produção	
Recurso MAC (PPI)	R\$12.591,03	R\$ 1.265,00	R\$ 13.856,03
Incentivo PIPA (Estadual)	R\$3.147,76	XXX	R\$3.147,76
TOTAL	R\$ 15.738,79	R\$ 1.265,00	R\$ 17.003,79

Dentro do que determina a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.403, de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.404, de 19/03/2013.”

CLÁUSULA QUINTA:


As cláusulas não retificadas nesse instrumento permanecem inalteradas.

Assim contratados, assinam o presente Termo Aditivo em 03 (três) vias.



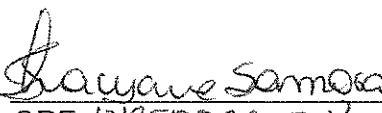

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

Lagoa Santa, 17 de setembro de 2013.


**MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA/MG
FERNANDO PEREIRA GOMES NETO
CONTRATANTE**


**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
FABIANO MOREIRA DA SILVA
CONTRATANTE**


**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DPS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA
DJANIRA SOARES BOTELHO
CONTRATADA**

Testemunhas: 
CPF: 11850366-38 
CPF: 012.998.436.25





PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

ANEXO I

Plano Operativo Assistencial – POA

O presente POA tem por objetivo complementar o Contrato de Prestação de Serviços N°021/2012 estabelecendo metas (quantitativas, qualitativas, gerenciais, assistenciais e de formação) e compromissos a serem cumpridos pela APAE Lagoa Santa, denominada Contratada, prestadora de serviços ambulatoriais de atendimento/ acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências.

1. Das Atividades Assistenciais Pactuadas

A Contratada compromete-se com a execução das atividades assistenciais pactuadas, constantes no quadro I:

Quadro I – Procedimentos Pactuados – Parcela pré-fixada

Código do Procedimento	Descrição	Valor Mensal Pactuado
02.11.10.001-3	Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico	R\$12.591,03
03.01.07.002-4	Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa	
03.01.07.004-0	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação	
03.01.07.005-9	Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação	
03.01.07.006-7	Atendimento/Acompanhamento a Paciente que demande cuidados intensivos de Reabilitação Visual/Mental/Múltiplas Deficiências	
03.01.07.007-5	Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor	

(*) A execução de outros procedimentos da tabela SIA/SUS que não estão contemplados no quadro acima serão remuneradas por produção conforme consta Quadro II – Procedimentos Pactuados – Parcela Pós Produção.

Quadro II – Procedimentos Pactuados – Parcela pós produção

Código do Procedimento	Descrição	Valor unitário (Tabela SUS)	Teto Financeiro Mensal
03.01.04.003-6	Terapia em Grupo	R\$ 6,15	R\$ 1.265,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

03.01.04.004-4	Terapia Individual	R\$ 2,81	
03.01.08.016-0	Atendimento em psicoterapia em grupo	R\$ 5,59	
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	R\$ 4,67	
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor	R\$ 4,67	

Quadro III – Incentivo Estadual Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA

Descrição	Teto Financeiro Mensal
Incentivo PIPA Lagoa Santa	R\$3.147,76

2. Dos procedimentos e valores pactuados

O valor estimado para prestação de serviço é de R\$ 17.003,79 (Dezesseite Mil e três reais e setenta e nove centavos) mensalmente totalizando anualmente R\$ 204.045,48 (Duzentos e quatro mil e quarenta e cinco reais e quarenta e oito centavos).

A geração de crédito da parcela pré-fixada estará condicionada a avaliação dos cumprimentos de metas a ser realizado quadrimestralmente pela Junta Reguladora SERDI do município de Lagoa Santa. Quanto à parcela pós fixada será realizada pagamento somente dos procedimentos produzidos.

Mensalmente será apresentado a Junta Reguladora pra fins de declaração do cumprimento das metas pactuadas e para pagamento o quadro de **Autodeclaração** que compõe este POA até o 2º dia útil do mês subsequente da competência do processamento.

3. Das competências

Serão competências da Contratada:

I – realizar avaliação diagnóstica por equipe interdisciplinar que contemple: o diagnóstico etiológico, quando possível; a descrição das potencialidades e limitações nas funções intelectuais em particular nas habilidades cognitivas e psicossociais; as alterações nas habilidades adaptativas, a dinâmica familiar, contexto sociocultural e as indicações das necessidades de apoio nas diferentes áreas de vida diária e prática;

II- realizar atendimento interdisciplinar para o desenvolvimento de habilidades essenciais para a execução de atividades de vida diária e prática dos usuários, favorecendo a autonomia pessoal, familiar e profissional;



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA SETOR DE CONTRATOS

- III – realizar atendimento interdisciplinar, promovendo o desenvolvimento integral do usuário, bem como o envolvimento familiar;
- IV- realizar atendimento interdisciplinar para a prevenção de alterações comuns ao processo de envelhecimento das pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo promovendo a melhoria da qualidade de vida dos usuários;
- V – elaborar Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) para todos os usuários, segundo anexo I da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.403, de 19/03/2013, para direcionar o tratamento, estabelecendo objetivos e metas para os atendimentos, promovendo ainda a participação familiar e o processo de alta;
- VI - realizar revisão semestral dos PTI;
- VII – realizar e registrar em ata reuniões mensais com a equipe para acompanhamento e discussão dos casos clínicos;
- VIII – promover articulação e capacitação com serviços de saúde, instituições educacionais e serviços de assistência social, objetivando ações de promoção a saúde, identificação e prevenção de deficiências, sensibilização da comunidade, efetividade do fluxo de referência e contrarreferência dos neonatos de risco (NR) para acompanhamento e intervenção precoce, discussão de casos clínicos e encaminhamento quando necessário;
- IX– registrar as informações corretamente em prontuário e sistemas de informação;
- e
- X- enviar relatórios e demais documentações, quando solicitados, para a Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD/Superintendência de Redes Assistenciais (SRAS)/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).
- XI – manter equipe mínima formada pelos seguintes profissionais:

- Clínico e/ou Pediatra;
- Psicólogo;
- Fonoaudiólogo;
- Terapeuta Ocupacional;
- Fisioterapeuta; e
- Assistente Social.

- XII – Enviar arquivo de produção de BPA Magnético à contratante, juntamente com os relatórios de produção, carimbado e assinado até o 2º dia útil do mês subsequente a Produção.
- XIII – Apresentar bimestralmente ao Núcleo de Regulação da SEMSA Lagoa Santa prestação de contas do recurso recebido.

4. Das Metas e Indicadores

Para recebimento da parcela pré-fixada:

Indicador 1: Cumprir com as competências designadas pelo tópico 03 deste POA;



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA SETOR DE CONTRATOS

Para recebimento do incentivo PIPA:

Indicador 1: Captação e acompanhamento do neonato de risco, peso financeiro de 30% do valor do recurso PIPA

I- Captação e acompanhamento do neonato de risco(NR). Mensalmente deverão ser atendidos no mínimo 19(dezenove) pacientes de Neonato de Risco em conformidade com a **Resolução SES/MG N°3.685, de 19 de Março de 2013**. Para comprovação encaminhar mensal a planilha de Autodeclaração (anexo V) para a Junta Reguladora d do município. Serão avaliados pela junta os casos de acompanhamento e captação de novos casos.

II- A tabela abaixo estabelece as metas e penalidades financeiras

Porcentagem alcançada de usuários atendidos no mês	Recurso a receber
Maior que 90%	100%
89,9 a 80%	90%
79,9 a 70%	80%
69,9 a 60%	70%
59,9 a 50%	60%
Abaixo de 50%	50%

Indicador 2: Ampliação do atendimento nos usuário de faixa etária entre 0 a 6 anos de idade, peso financeiro de 70% do valor do recurso PIPA.

I- Para este indicador a instituição deverá realizar o aumento mínimo de 01 (hum) usuário por quadrimestre na faixa etária de 0 a 6 anos de idade para intervenção precoce tipo I e II em conformidade com a **Resolução SES/MG N°3.685, de 19 de Março de 2013** mantendo o mínimo de 30 (trinta) usuários de 0 a 6 anos de idade . Para comprovação encaminhar mensal a planilha de Autodeclaração para a Junta Reguladora d do município. Serão avaliados pela junta os casos de acompanhamento e captação de novos casos.

5. Do acompanhamento e da fiscalização

O acompanhamento dos indicadores se dará conforme cronograma a ser expedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa. Os períodos de repasse e avaliação de indicadores seguirá conforme quadro abaixo:

Quadro IV - Cronograma de Acompanhamento

Ano	1º Quadrimestre				2º Quadrimestre				3º Quadrimestre				2014
	2013				2014				2014				
Vigência	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Repasse do Recurso	Repasse Integral				Repasse referente avaliação do 1º quadrimestre				Repasse referente avaliação do 2º quadrimestre				



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

Avaliação					X				X				X
Quadrimestral													

A avaliação será realizada pela Junta Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa que será composta por:

- 02 Membros da Secretaria Municipal de Saúde;
- 01 Membro da Secretaria Municipal de Educação;
- 01 Membro da Secretaria Municipal de Bem Estar Social.

As avaliações serão realizadas conforme cronograma acima descrito e por meio de relatório de avaliação da Junta Reguladora SERDI do município para o Gestor Municipal. O processo de acompanhamento se dará após a assinatura deste POA.

Lagoa Santa, 17 de setembro de 2013.

MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA/MG
FERNANDO PEREIRA GOMES NETO
CONTRATANTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
FABIANO MOREIRA DA SILVA
CONTRATANTE

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DPS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA
DJANIRA SOARES BOTELHO
CONTRATADA

Testemunhas: _____
CPF: _____ CPF: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO - PTI

1- Identificação do usuário

• Nome: _____

• Data de nascimento: ____/____/____ Diagnóstico (CID-10): _____

2- Avaliação

• Avaliação padronizada utilizada:

• Aspectos observados:

• Resultados/Conclusão:

3- Programa de tratamento

• () A curto prazo (6 meses):

• () A médio prazo (até 1 ano):

• () A longo prazo (mais de 1 ano):

4- Atendimento proposto

• Especialidades:

• Frequência do atendimento:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

5- Abordagem familiar

- Aspectos a abordar (ex: busca de reconstrução de laços familiares):

- Forma de abordagem (ex: atendimento regular, participação em grupos de familiares, oficinas etc.)

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura e carimbo de todos os profissionais envolvidos:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

**Roteiro de Inspeção e Análise Técnica dos Serviços Especializados de
Referência em
Deficiência Intelectual**

Data da inspeção: ____ / ____ / ____

1) Identificação da Unidade

Nome da
Unidade: _____

CNPJ: _____

Razão Social: _____

CNES: _____

Superintendência Regional de
Saúde/GRS: _____

Microrregião de
saúde _____

Macrorregião de saúde

Tipo de Prestador / Natureza:

() Federal () Estadual () Municipal () Filantrópico () Privado

Classificação do Serviço:

() Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual tipo I

() Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual tipo II

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Email: _____



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS**

Telefone: () _____ Fax: () _____

Responsável
técnico _____

2) Informações sobre a Administração e Equipe Profissional

Presidente da Unidade

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Diretor

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Neurologista

Nome: _____

Nº: do Registro
profissional: _____

Carga Horária
Semanal: _____

Pediatra

Nome: _____

Nº: do Registro
Profissional: _____

Carga Horária
Semanal: _____

Fisioterapeuta

Nome: _____

Nº: do Registro
Profissional: _____

Carga Horária
Semanal: _____

Fonoaudiólogo

Nome: _____

Nº: do Registro
Profissional: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

Carga Horária

Semanal: _____

Terapeuta Ocupacional

Nome: _____

Nº: do Registro

Profissional: _____

Carga Horária

Semanal: _____

Psicólogo

Nome: _____

Nº: do Registro

Profissional: _____

Carga Horária

Semanal: _____

Assistente Social

Nome: _____

Nº: do Registro

Profissional: _____

Carga Horária

Semanal: _____

Outros

Nome: _____

Nº: do Registro

Profissional: _____

Carga Horária

Semanal: _____

3) Clientela

Faixa etária	Quantidade de usuários
Acompanhamento ao Neonato de Risco	
Intervenção Precoce I (0 a 3 anos)	
Intervenção Precoce II (4 a 6 anos)	
7 a 13 anos	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

14 a 27 anos	
acima de 28 anos	
Total	

4) Instalações Físicas

Acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeira de rodas; piso antiderrapante; corrimão em corredores/ escada e rampas/ largura de corredores, portas e banheiros adaptados e demais normas definidas pela ABNT NBR 9050:2004	()SIM ()NÃO	Observações:
Sala para avaliação e atendimento individual	()SIM ()NÃO	
Sala para atendimento médico	()SIM ()NÃO	
Sanitários independentes e adaptados ao uso de pessoas com deficiência e demais normas definidas pela ABNT NBR 9050:2004	()SIM ()NÃO	
Área para desenvolvimento de atividades de cinesioterapia	()SIM ()NÃO	
Piso antiderrapante e paredes de material claro, resistente e lavável	()SIM ()NÃO	
Área de apoio (recepção, sala de espera, DML, materiais e equipamento) isolados da área de assistência	()SIM ()NÃO	
Área para arquivo de prontuários e registros de pacientes	()SIM ()NÃO	Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

5) Organização Clínica

Prontuários individualizados	() SIM () NÃO	
Projeto Terapêutico Individualizado para cada usuário	() SIM () NÃO	
Reuniões clínicas formalizadas em ata	() SIM () NÃO	

6) Equipamentos, Materiais e Recursos

Mesa com 04 cadeiras (adulto e infantil)	() SIM () NÃO	
Colchonete de espuma (1,90 x 0.89 x 0,05)	() SIM () NÃO	
Espelho fixo (1,30 x 1,50)	() SIM () NÃO	
Tábua de equilíbrio retangular	() SIM () NÃO	
Maca para atendimento	() SIM () NÃO	
Rolo Bobath de 20 cm	() SIM () NÃO	
Rolo tipo feijão de 40 cm	() SIM () NÃO	
Bola Bobath de 45 cm	() SIM () NÃO	
Bola Bobath de 65 cm	() SIM () NÃO	
Rolos de espuma	() SIM () NÃO	
Escada de canto com rampa e corrimão	() SIM () NÃO	
Cadeira de rodas adulto	() SIM () NÃO	
Cadeira de rodas infantil	() SIM () NÃO	
Cadeira higiênica	() SIM () NÃO	
Tatame	() SIM () NÃO	
Prateleira e/ou estante	() SIM () NÃO	
Esfigmomanômetro	() SIM () NÃO	
Estetoscópio adulto e infantil	() SIM () NÃO	
Balanço para peso e medida (infantil e adulto)	() SIM () NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

Barra paralela dupla	()SIM ()NÃO	
Conjunto de bancos de diferentes tamanhos	()SIM ()NÃO	
Bastão	()SIM ()NÃO	
Bola para exercícios com as mãos	()SIM ()NÃO	
Jogos de mesa/tabuleiro/baralho/memória/boliche/ números e letras/outros	()SIM ()NÃO	
Livros de histórias	()SIM ()NÃO	
Chocalhos de material leve	()SIM ()NÃO	
Brinquedos lúdicos	()SIM ()NÃO	
Jogos pedagógicos	()SIM ()NÃO	
Argola de diferentes tamanhos e cores	()SIM ()NÃO	
Carrinho de brinquedo	()SIM ()NÃO	
Bonecos/Bonecas/Fantoches	()SIM ()NÃO	
Instrumentos musicais de brinquedo	()SIM ()NÃO	
Utensílio de cozinha de brinquedo	()SIM ()NÃO	
Quebra cabeça	()SIM ()NÃO	
Brinquedos de encaixe	()SIM ()NÃO	
Massa de modelar	()SIM ()NÃO	
Material expressivo. Exemplo: tinta, lápis, caneta, papel	()SIM ()NÃO	
CD de música infantil	()SIM ()NÃO	
Aparelho de som com toca CD	()SIM ()NÃO	
Luva de procedimento	()SIM ()NÃO	
Testes para psicodiagnóstico	()SIM ()NÃO	
Trocador para bebê	()SIM ()NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

Responsável pela inspeção: _____

Local: _____

Data: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

GUIA DE REFERÊNCIA DA JUNTA REGULADORA PARA SERDI

Município: _____

Microrregião: _____

DADOS DO USUÁRIO

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

RG/CPF: _____

Nº do cartão nacional do

SUS: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Nome do

responsável/acompanhante: _____

Parentesco: _____

CID-10 /

Impressãodiagnóstica: _____

Justificativa para

encaminhamento: _____

Em caso de neonato. Qual a

maternidade? _____

Qual a ESF ou UBS de

referência? _____

Mudança de faixa etária. Assinale a nova faixa etária.

- () Acompanhamento ao Neonato de Risco
- () Intervenção precoce I de 0 a 3 anos de idade
- () Intervenção precoce II de 4 a 6 anos de idade
- () Acompanhamento de 7 a 13 anos de idade
- () Acompanhamento de 14 a 27 anos de idade
- () Acompanhamento acima de 28 anos de idade

Assinatura do profissional responsável _____

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
SETOR DE CONTRATOS

GUIA DE REFERÊNCIA DO SERDI PARA A JUNTA REGULADORA

Nome: _____
Data de nascimento: _____ / _____ / _____
Idade: _____
Sexo: () Masculino () Feminino
RG/CPF: _____
Nº do cartão nacional do
SUS: _____
Endereço: _____
Telefones: _____
Nome do
responsável/acompanhante: _____
Parentesco: _____
CID-10 / Impressão
diagnóstica: _____
Justificativa para manutenção do
tratamento: _____
Em caso de neonato. Qual a
maternidade? _____
Qual a ESF ou UBS de
referência? _____
Mudança de faixa etária. Assinale a nova faixa etária.
() Acompanhamento ao Neonato de Risco
() Intervenção precoce I de 0 a 3 anos de idade
() Intervenção precoce II de 4 a 6 anos de idade
() Acompanhamento de 7 a 13 anos de idade
() Acompanhamento de 14 a 27 anos de idade
() Acompanhamento acima de 28 anos de idade
Encaminhamento para outro
serviço: _____
Inclusão no mercado de trabalho
(empresa/função): _____
Alta do
atendimento: _____

Parecer da Comissão: () Favorável () Desfavorável

Assinatura do profissional responsável

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____