

INSTRUTIVO DEFICIÊNCIA VISUAL

Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012

I. DIRETRIZES PARA TRATAMENTO E REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO DE PESSOAS COM BAIXA VISÃO E CEGUEIRA

1. INTRODUÇÃO

Embora o termo reabilitar/reabilitação seja largamente usado no campo da saúde como referência aos processos de cuidado que envolvem medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual; o uso do prefixo “re” tem sido bastante debatida.

Conforme documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4a Ed., 2008; é preciso ater-se à distinção entre os processos de Reabilitação/Reabilitar e Habilitação/Habilitar.

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica.

Outra dimensão importante que merece destaque é que as ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multi e interdisciplinares e desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, faz um eixo paradigmático entre a saúde e a doença, pois determina em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo que engloba funções e estruturas do corpo, assim como os componentes das atividades, através da execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade.

Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). De maneira similar a Incapacidade refere-se a um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação, indica, portanto, os aspectos negativos da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais. Deficiência e Atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma anormalidade de uma estrutura do corpo ou função fisiológica, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (OMS/OPAS, 2003).

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade. Organiza-se a partir de três componentes:

1. O Corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;
2. Atividade e Participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho.
3. Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes.

2. SOBRE A REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO VISUAL

De acordo com o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, considera a deficiência visual como: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica.

Dessa forma, algumas orientações foram apresentadas e serão possivelmente incorporadas à nova revisão.

TABELA - Graus de comprometimento visual e valores de acuidade visual corrigida (OMS / CID-10)

Acuidade visual com a melhor correção visual possível Graus de comprometimento visual	Máxima menor que	Mínima igual ou maior que
2	0/60 1/10 (0.1) 20/200	0,05 1/20 (0.05) 20/400
3	0,05 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepção de luz
5	Ausência da percepção de luz	
9	Indeterminado ou não especificado	

De acordo com a OMS, “a pessoa com baixa visão é aquela que apresenta, após tratamentos e/ou correção óptica, diminuição de sua função visual e tem valores de acuidade visual menor do que 0,3 a percepção de luz ou um campo visual menor do que 10 graus de seu ponto de fixação; porém usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o

planejamento e/ou execução de uma tarefa”. Justifica-se o uso dessa definição pelo fato de que a maior parte da população considerada cega (por alguma definição legal) tem, na verdade, baixa visão e é, a princípio, capaz de usar sua visão para realização de tarefas. (WHO, 1992; WHO, 1999; ISLVRR, 2005)

A prevalência global estimada da população com deficiência visual é de 285 milhões de pessoas, sendo 39 milhões cegas e 246 milhões com baixa visão. Pessoas com mais de 50 anos de idade correspondem a 82% e a 65% da população cega e com deficiência visual, respectivamente. (Pascolini & Mariotti, 2011)

No ano de 2004, a OMS apresentou dados relativos à prevalência da deficiência visual no mundo. No Brasil, os dados de prevalência da deficiência visual são: cegueira na população menor de 15 anos de idade – 0,062%; cegueira na população entre 15 e 49 anos – 0,15%; população com mais de 50 anos de idade – 1,3%; prevalência de cegueira na população geral de 0,3% e prevalência de baixa visão na população geral de 1,7%.

A deficiência múltipla, presença de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo, tem importância crescente na população infantil cega ou com baixa visão. As afecções associadas podem ser: motoras, sensoriais, cognitivas ou doenças crônicas que afetam o desenvolvimento, a educação e a vida independente. Cerca de 30 a 70% da população infantil com deficiência visual grave apresenta outras deficiências associadas.

A prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida média da população. Na população com mais de 50 anos de idade, as principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade.

Os critérios para indicação de Reabilitação/Habilitação Visual, são:

- São elegíveis para o atendimento:
 - Quanto às respostas visuais, são elegíveis para o atendimento em reabilitação/habilitação visual os indivíduos com deficiência visual (baixa visão e cegueira), de acordo com a definição da CID-10 apresentada e que forem classificados em: H 54.0, H 54.1 e H 54.2. Classes que correspondem a deficiência visual.

- Quanto à idade, serão atendidas todas as faixas etárias (crianças, adultos e idosos) com deficiência visual.
- Não são elegíveis para o atendimento em reabilitação/habilitação visual os indivíduos com:
 - diminuição da visão monocular (com o olho contralateral com valores normais) e classificados nas seguintes categorias da CID-10: H 54.4 e H 54.5;
 - respostas visuais não especificadas e classificados em: H54.3 H54.6 e H54.7;
 - respostas visuais diminuídas, mas que não foram avaliados anteriormente pelos serviços especializados em oftalmologia para definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) que possam levar à recuperação da visão;
 - respostas visuais diminuídas por não fazerem uso da correção óptica da ametropia prescrita nos serviços especializados em oftalmologia;
- Situações especiais
 - indivíduos com deficiência visual leve e irreversível, com valores de acuidade visual maiores do que 20/70; porém, que apresentam grande impacto na sua funcionalidade. Esses usuários poderão ter benefícios com o atendimento na área da reabilitação visual por meio de orientações e prescrições ópticas;
 - crianças e adultos com outras deficiências associadas (sensoriais e/ou físicas e/ou intelectuais). Serão atendidas também por outros serviços de reabilitação referentes à deficiência presente, em cooperação interdisciplinar ou encaminhamentos pertinentes.
- Pré-requisitos
 - consulta oftalmológica para diagnóstico, definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) e prescrição de correção óptica de ametropias que possam levar à recuperação da visão.

A visão é o sentido que mais informações fornece do meio ambiente e o único capaz de organizar outras informações sensoriais. A integridade visual é importante para a condição de bem-estar e saúde de um indivíduo.

A **avaliação oftalmológica** da pessoa com deficiência visual nos Serviços de Reabilitação Visual fornece subsídios para o trabalho de habilitação e reabilitação a partir do conhecimento das características da resposta visual. A partir do estudo da função visual, poderão ser prescritos auxílios ópticos adequados e indicadas as modificações ambientais e de materiais que promoverão a melhor resolução visual e a melhora do desempenho nas atividades diárias. Para o profissional da área de reabilitação, os dados da avaliação permitirão reconhecer a real funcionalidade do indivíduo e darão subsídios para as intervenções apropriadas.

Os objetivos da avaliação oftalmológica na área da reabilitação são:

- Diagnóstico e tratamento;
 - Reconhecimento das características visuais funcionais;
 - Reconhecimento da funcionalidade do indivíduo;
 - Reconhecimento de aspectos ambientais e sociais;
 - Reconhecimento de expectativas e necessidades do indivíduo;
 - Prescrição da correção óptica de sua ametropia e de auxílios ópticos;
 - Orientação quanto ao uso de auxílios não ópticos e eletrônicos para baixa visão;
 - Orientação quanto a aspectos legais da deficiência visual;
 - Orientação a profissionais envolvidos na reabilitação visual do indivíduo com baixa visão; e
- Encaminhamento a serviços especializados complementares para atendimento das necessidades específicas do indivíduo.

O atendimento oftalmológico do usuário com deficiência visual constitui-se numa extensão do tratamento clínico, do procedimento cirúrgico e da prescrição da correção óptica para as ametropias e, muitas vezes, as abordagens devem ser contínuas e simultâneas (por exemplo, acompanhamento em serviços de retina ou glaucoma e de visão subnormal simultaneamente). Objetiva-se a melhora da funcionalidade do indivíduo com emprego de todas as estratégias disponíveis para o seu caso.

Para alcançar os objetivos apresentados, a avaliação oftalmológica é composta por anamnese, exame oftalmológico (acuidade visual, refração, biomicroscopia, oftalmoscopia, tonometria), avaliação de funções visuais (medida da acuidade visual, teste de sensibilidade ao contraste, medida do campo visual, teste de visão de cores, avaliação da motilidade ocular

extrínseca) para hipótese diagnóstica e conduta terapêutica e de prescrição óptica; adaptação de auxílios ópticos para baixa visão (indicação, orientações para uso funcional do auxílio e prescrição), orientações para uso de auxílios não ópticos e auxílios eletrônicos (vídeo-ampliação) e de informática. Após as orientações fornecidas e a prescrição, o acompanhamento do usuário deve ser realizado de acordo com as dificuldades funcionais e características de progressão da doença ocular de base.

O Auxílio para visão subnormal é qualquer recurso utilizado para melhorar o desempenho da pessoa com visão subnormal nas suas diversas atividades. Pode ser óptico, não-óptico e eletrônico.

A indicação dos auxílios deve estar baseada:

- na avaliação oftalmológica específica para visão subnormal, com pesquisa das diversas funções visuais. O valor da acuidade visual auxilia na indicação da magnificação necessária; a pesquisa de campo visual dá indícios da dificuldade que poderá ser observada para determinados níveis de ampliação, na dinâmica da leitura e na orientação no ambiente; a avaliação da resposta aos diversos níveis de contraste pode mostrar a necessidade da modificação da iluminação empregada, do uso de maior ampliação e utilização de auxílios não ópticos;
- no contexto de vida do usuário deve ser considerado: sua idade, escolaridade, profissão, estilo de vida, atividades que almeja desempenhar, estado psicológico quanto à deficiência;
- na possibilidade de aumentar as áreas de interesse e atividades, conservando as habilidades já existentes.

Para cumprir esses objetivos, devem ser consideradas nas atividades da equipe multiprofissional, para a adaptação de auxílios ópticos, as seguintes etapas: avaliação, indicação, orientações para uso funcional (treinamento), prescrição e acompanhamento.

- **AUXÍLIOS ÓPTICOS:** são recursos que, pelas suas propriedades ópticas, levam a uma resolução maior da imagem, seja pela sua capacidade de ampliação, seja pelo reposicionamento da imagem na retina ou filtração.

- **AUXÍLIOS ÓPTICOS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM RETINIANA:**

- I - LENTES CONVEXAS (esferoprismáticas ou esféricas positivas)

- Montadas em armações de óculos:

- Binoculares
- Monoculares

- Lupas manuais

- Lupas de apoio

II - SISTEMAS TELESCÓPICOS

- AUXÍLIOS ÓPTICOS PARA CAMPO VISUAL REDUZIDO

Telescópios reversos

Lentes côncavas

- AUXÍLIOS ÓPTICOS PARA CONTROLE DA ILUMINAÇÃO

Óculos com lentes filtrantes (fotocromáticas ou não)

- AUXÍLIOS NÃO-ÓPTICOS

Auxílios não ópticos modificam materiais e melhoram as condições do ambiente com o objetivo de aumentar a resolução visual. São também denominados auxílios de adaptação funcional.

Podem ser empregados isoladamente ou em conjunto com auxílios ópticos com o objetivo de promover a sua adaptação. Os principais são: suporte de leitura; luminárias; textos ampliados. Com o objetivo de: ampliação do tamanho real dos objetos; controle da iluminação, posicionamento e postura; escrita. Esses auxílios fazem parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações.

- AUXÍLIOS ELETRÔNICOS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM

O principal auxílio eletrônico para ampliação da imagem é o CCTV (closed circuit television - circuito fechado de televisão) denominado de sistema de vídeo-ampliação. Esse recurso combina uma câmera, um sistema óptico e um monitor. Existem três tipos de CCTV: de mesa (desktop); manual; montado em suporte para cabeça. Esse auxílio faz parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações.

A **avaliação multiprofissional de deficiência visual** deve ser realizada pela equipe multiprofissional, composta por médico oftalmologista e profissionais da área de reabilitação, o desenvolvimento global do usuário e desenvolvimento funcional da visão que consiste na avaliação das respostas comportamentais frente a estímulos e atividades de vida diária para dimensionar o grau da perda visual e o uso da visão residual com a adaptação de recursos ópticos e não-ópticos;

O **atendimento / acompanhamento em reabilitação visual**, consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e estimulação precoce para favorecer o desenvolvimento global do usuário; orientações à família; orientações à escola; orientações para atividades de vida diária e profissional.

Para o **uso funcional do auxílio óptico** deve-se considerar que pós a indicação do mesmo, a orientação é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e conseqüente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação visual. A orientação para o uso do auxílio óptico será realizada pelo profissional com capacitação em reabilitação/habilitação visual que atua na equipe multiprofissional.

No caso do atendimento de escolares, os profissionais deverão emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, viabilizando o processo de inclusão do educando.

- **ACOMPANHAMENTO**

De acordo com as condições visuais e funcionais do usuário a equipe multiprofissional deverá estabelecer a periodicidade das reavaliações futuras.

- **ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INFANTIL**

- Cegueira – o atendimento deverá ser voltado ao desenvolvimento sensório-motor, sendo realizado com a participação da família, de acordo com a necessidade do usuário;

- Baixa Visão: o atendimento deverá ser voltado à estimulação visual, de acordo com a necessidade do usuário;
- A criança de zero a três anos de idade com diagnóstico de cegueira ou de baixa visão deverá ter acesso à estimulação precoce.

O **programa de orientação e mobilidade** visa desenvolver a independência e a autonomia na exploração de meio ambiente, utilizando percepções tátil, sinestésica, auditiva olfativa e da visão residual.

Considera-se que esta ação deve ser iniciada o mais cedo possível pelo profissional habilitado em orientação e mobilidade com o objetivo de garantir maior autonomia para as pessoas com deficiência visual.

3. ACESSO

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário para a modalidade de atenção que necessita e, em tempo adequado, à sua demanda. Para isso, pode-se dispor de protocolos de diversas naturezas, que encaminhe a pessoa com eficiência na lógica da continuidade responsável do cuidado.

O acesso ao serviço de reabilitação visual é de fundamental relevância quando se pensa na capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando intimamente relacionados com as prioridades de atuação da equipe, com a população da área de abrangência, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis, de forma a viabilizar melhor qualidade de vida e maior grau de independência possível, incentivando a autonomia, a participação social, a dignidade e solidariedade humanas. Deve ser regulado pelo gestor local, estadual ou municipal, observado o Plano de Ação Regional, onde devem estar estabelecidos os fluxos assistenciais.

O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência e dentro de sua região de saúde que disponha de estrutura física e funcional e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência visual.

4. CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO

O enfoque do trabalho em saúde com pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e da participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas, nos Serviços de Reabilitação, a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre as várias áreas é de fundamental importância para a qualificação das práticas clínicas e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

Como em qualquer outro processo de trabalho, o projeto terapêutico definido para cada caso deve ser periodicamente revisado e alterado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto em termos de estratégias a serem utilizadas.

5. NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO VISUAL

5.1. O tratamento para a deficiência visual pode variar de acordo com o quadro clínico e o impacto sobre a funcionalidade da pessoa. Em seu contexto geral, deve ser ofertado:

- Treino para atividade de vida diária, desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida prática ou instrumentais de vida diária, favorecendo o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e participação nos processos de inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos essenciais pelos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;

- Orientar e desenvolver ações para promover a inclusão social, escolar, econômica e profissional;
- Orientar e apoiar as famílias para a adaptação do ambiente ou utensílios ao deficiente visual;
- Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas disfunções específicas;
- Reavaliação periódica demonstrando com clareza a evolução do quadro clínico e as propostas terapêuticas a pequeno, médio e longo prazo;
- Promover a articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS em todos os níveis de atenção;
- Estimular estudos e pesquisas na área da deficiência visual;
- Articulação com as redes de serviço da saúde, assistência social, educação e cultura para inclusão mediante as necessidades do usuário.

5.2. Recursos Humanos: o serviço de Reabilitação Visual deve contar com um coordenador e um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir tais funções em um único serviço do Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha, desde que este município componha a mesma Região de Saúde. O Serviço deverá dimensionar a sua equipe multiprofissional de acordo com os seguintes parâmetros:

EQUIPE INTEGRADA			
MÉDICO	TERAPEUTA OCUPACIONAL	FISIOTERAPEUTA	PSICOLOGO
1	2	1	1

- Estabelecimentos de saúde habilitados em um único serviço de reabilitação podem manter os parâmetros de formação das equipes dentro das exigências estabelecidas pelas normativas quando da data de sua habilitação;
- Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) devem cumprir as exigências técnicas deste instrutivo e devem observar a conformação das equipes mínimas do CER II, III ou IV, conforme expresso no **Anexo I** deste Instrutivo.
- É opcional a contratação dos seguintes profissionais: pedagogo, assistente social, ortoptista, protético ocular, técnico de enfermagem e tecnólogo oftálmico.

5.3. Horário de funcionamento: os serviços de Reabilitação Visual dos CER II, III ou IV terão funcionamento de 12 horas diárias de segunda à sexta, os profissionais deverão possuir carga semanal de 20h, 30h ou 40h, devendo ser observadas as combinações expressas no Anexo I, que define a proporcionalidade da equipe mínima por turno de 4 horas em cada tipo de CER.

5.4. Especificamente para os médicos especialistas, fica instituído que o estabelecimento de saúde deve garantir a contratação de médicos especialistas para cada modalidade de reabilitação prestada, conforme item 5.6. deste instrutivo, dimensionando o número de profissionais de modo à garantir o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários em cada uma das especialidades.

5.5. Para os estabelecimentos habilitados até a data anterior a publicação da Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012 no serviço de reabilitação visual, permanecem as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação.

5.6. Qualificação dos profissionais: para fins de credenciamento/habilitação os profissionais deverão apresentar a seguinte documentação:

- Médico oftalmologista – registro profissional e título de especialista em oftalmologia pela Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC.
- Fisioterapeuta – registro profissional;
- Terapeuta Ocupacional – registro profissional;

- Psicólogo – registro profissional;

Além do registro profissional, o Terapeuta Ocupacional ou o Pedagogo, devem possuir Certificado de Curso de Capacitação em Orientação e Mobilidade de no mínimo 120h, com chancela de instituição de nível superior ou especialidade profissional outorgada por associação de classe de nível nacional. No caso de nenhum destes profissionais possuir tal certificado, os serviços têm um prazo de seis meses para proporcionar tal capacitação para os mesmos.

No caso dos serviços que optarem pela contratação dos profissionais ortoptista, protético ocular, técnico de enfermagem ou tecnólogo oftálmico, pedagogo e assistente social, os mesmo deverão apresentar a seguinte documentação:

- Ortoptista – Certificação em Ortóptica;
- Protético Ocular – Certificado de Curso Técnico em Prótese ocular;
- Técnico de Enfermagem – Registro profissional;
- Tecnólogo oftálmico – Certificação em tecnologia oftálmica;
- Pedagogo – Certificado de conclusão de curso e experiência em educação especial;
- Assistente Social - Registro profissional.

5.7. Pacientes/mês: para os CER (II, III ou IV) que terão funcionamento de 60 horas semanais, poderão realizar, em média, o atendimento de 200 usuários/mês. Para os estabelecimentos habilitados até a data anterior a publicação da Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012 no serviço de reabilitação visual, permanecem as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação. Ambos devem garantir o atendimento integral aos usuários, realizando diagnóstico, avaliação funcional, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de recursos ópticos, habilitação/reabilitação visual, estimulação precoce e orientação e mobilidade, conforme suas necessidades.

5.8. Instalações Físicas: estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2004) e obedecer as normas de

caracterização visual. O Serviço de Reabilitação Visual deverá ter estrutura física para abrigar os seguintes setores:

1. Recepção;
 2. Sala de Espera de acompanhantes;
 3. Serviço de Prontuário do Paciente – SPP;
 4. 1 Consultório de Oftalmologia com recursos para avaliação de baixa visão e prescrição de recursos ópticos;
 5. 1 Sala para habilitação/reabilitação visual (estimulação visual e adaptação de recursos ópticos);
 6. 1 Sala de atendimento;
 7. 1 Sala de atividades de vida diária/AVD;
 8. 1 Sala Multiuso para orientação e mobilidade/OM e atividade em grupo;
 9. Sala de adaptação de prótese ocular (opcional);
 10. Laboratório de prótese (na própria Unidade ou referenciada); 2 Consultórios Interdisciplinares para avaliação clínico funcional pediátrico e adulto;
 11. 2 Espaços de intervenções terapêuticas para adultos e crianças;
 12. 1 Sala de atividade em grupo;
 13. Depósito de material de limpeza;
 14. Almojarifado;
 15. Sanitários independentes (feminino e masculino) com trocador para bebê;
 16. Sanitário independente para pessoa com deficiência;
 17. Copa para os funcionários;
 18. Banheiro e Vestiários para os funcionários.
- 5.9. Materiais e Equipamentos: o serviço de Reabilitação Visual deverá dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

5.9.1. Consultório Oftalmológico

Equipamentos:

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. Régua de esquiascopia.
10. Caixa de provas completa;
11. Armações de prova para adultos e crianças;

Material para avaliação em baixa visão:

1. Tabelas LogMar (perto e longe);
2. Tabelas com Símbolos (longe e perto);
3. Tabela de Snellen;
4. Tabela para perto com texto contínuo;
5. Teste de resolução para acuidade visual (olhar preferencial);
6. Teste de visão cromática (pareamento);
7. Tabelas para teste de contraste;
8. Campímetro Manual ou Tela Tangente;

5.9.2. Sala de habilitação/reabilitação visual

Material para orientação do uso funcional de recursos ópticos:

1. Brinquedos e jogos diversos;
2. Tatame;
3. Espelho medindo 2m X 2m;
4. Black out;
5. kits de avaliação funcional;
6. 1 tabela de acuidade visual para longe– LogMar
7. 1 tabela de acuidade visual para perto – LogMar
8. Luminária de mesa com braço flexível;
9. Lupa de mesa social com braço flexível;
10. Prancha de leitura;
11. Quadro para pincel atômico;

12. Carteira escolar (para treinamento com escolares);

Recursos eletrônicos:

1. Computador com programas de ampliação de imagem e recursos audíveis;
2. Sistema de ampliação da imagem.

Material para prescrição e adaptação de recursos ópticos (uso comum na sala de reabilitação visual e no consultório oftalmológico)

Kit de lentes filtrantes:

- amarelo - intensidade 3
- verde intensidade 3
- vermelha intensidade 3
- marrom intensidade 2
- marrom intensidade 3
- marrom intensidade 4
- cinza intensidade 2
- cinza intensidade 3
- blue-block FB 500

Recursos ópticos para perto

Auxílios montados em óculos:

1. Lentes positivas: +28D e +32 D (asféricas);
2. Lentes esferoprismáticas: +6D dioptrias com 8 dioptrias prismáticas com base nasal , +8D dioptrias com 10 dioptrias prismáticas com base nasal, +10D dioptrias com 12 dioptrias prismáticas com base nasal e +12D dioptrias com 14 dioptrias prismáticas com base nasal;

Lupas manuais com diâmetro mínimo de 35mm com ou sem iluminação acoplada:

1. +12D (3X);
2. + 16D (4X)
3. + 20D (5X);
4. + 24D (6X);
5. +28D (7X);

Lupas de apoio com ou sem iluminação:

1. Barra de leitura 1,5X ou 2X;
2. + 8D (2X) plano convexa;
3. +12D (3X);
4. +20D (5X);
5. + 24D (6X);
6. +28D (7X);
7. + 32D (8X);
8. +38D;
9. +50D;

Recursos ópticos para longe (Sistemas Telescópicos)

1. 2,5 X ou 2,8 X manual, monocular, com ajuste de foco;
2. 4 X manual, monocular, com ajuste de foco;
3. 6 X manual, monocular, com ajuste de foco;
4. 8 X manual, monocular, com ajuste de foco;
5. 2 X montado em armação, binocular, com foco ajustável:

5.7.3. Sala de Atendimento

1. Brinquedos diversos;
2. Jogos diversos;

5.7.4. Sala de atividades de vida diária/AVD

1. Mobiliário em geral de cozinha, quarto, sala;
2. Louças e utensílios domésticos;
3. Bloco de AVDs
4. Prancha de AVDs
5. Mesa regulável
6. Kit de Banho (Jogo de Escova e Esponjas) (uma unidade)
7. Esponja com Porta Sabonete (uma unidade)
8. Prato adaptado (uma unidade)
9. Aparador de Alimentos em aço inoxidável (uma unidade)
10. Caneca com alças e tampa (uma unidade)

11. Copo Adaptado (uma unidade)
12. Copo Recortado (uma unidade)
13. Tábua e Faca Adaptados para Fatiar (uma unidade)
14. Tábua de apoio diversa para alimentos (uma unidade)
15. Tábua de Corte Adaptada (uma unidade)

5.7.5. Sala Multiuso

1. Bengalas de diversos tamanhos;
2. Pisos diferenciados (Pistas Podotáctil);
3. Aparelho de som;
4. Iluminação controlada - Dimmer;
5. Bolas com guiso (tamanhos e texturas diferenciadas);
6. Sala com no mínimo 4x4 m com boa ventilação;
7. Black out

5.7.6. Sala para adaptação de prótese ocular (opcional):

Equipamento:

1. Cadeira Oftalmológica;
2. Lanterna manual;
3. Fonte de iluminação para observação do usuário;
4. Pia com torneira de fechamento automático;
5. Espelho para adaptação da prótese ocular;
6. Caixa de prótese ocular com várias próteses para prova;

Materiais:

7. Lixa;
8. Ventosas de silicone para retirada da prótese ocular;
9. Oclusor (adulto e infantil);
10. Régua milimétrica;

5.7.7. Laboratório de Prótese (opcional):

Equipamentos:

1. Motor politriz com dois eixos;
2. Motor de suspensão com cabo flexível e canetas;

3. Mesa para apoio do motor politriz;
4. Chave de fenda;
5. Mandril para caneta;
6. Lupa de apoio para observação;
7. Óculos de proteção;
8. Martelo pequeno;
9. Muflas pequenas.

Materiais:

10. Panos em rolos de 12 cm de diâmetro para polimento;
11. Máscaras de proteção.

O gestor estadual ou municipal deverá instituir serviço próprio ou celebrar contrato, convênio ou congênere com o Serviço de Atenção às Pessoas com Deficiência Visual, especificando a forma de regulação do serviço, e os indicadores qualitativos e quantitativos que serão utilizados para avaliar o serviço e condicionar o repasse dos recursos financeiros ao cumprimento das normas deste instrutivo

II. NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL

1. NORMAS GERAIS

1.1. Processo de Credenciamento

Entende-se por credenciamento de serviços de reabilitação visual o ato do Gestor Municipal ou Estadual do SUS identificar as unidades prestadores de serviços ao SUS devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

1.1.2 O processo de credenciamento de serviços de reabilitação visual inicia-se com a solicitação do estabelecimento de saúde ao Gestor local do SUS, ou por iniciativa deste.

1.1.3 O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a seqüência do processo.

1.1.4 O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas no Pacto pela Saúde - Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e sua regulamentação deverá ser instruída com:

a) Documentação comprobatória, do cumprimento das exigências para o credenciamento, estabelecida por este instrutivo e pelas portarias Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012;

b) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do Gestor, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do serviço como ponto de atenção da Rede de cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a definição dos fluxos assistenciais;

c) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento do serviço;

d) Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária.

e) Formulário de Avaliação do Gestor (**Anexo II** deste instrutivo), devidamente preenchido apensado os seus documentos comprobatórios.

1.1.5 Uma vez emitido parecer favorável a respeito do credenciamento pelo(s) Gestor(es) do SUS o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.1.6 A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, os documentos listados no item 1.1.4 e planilha contendo informações sobre a produção do estabelecimento de saúde que já estava credenciado no SUS e a proposta de ampliação e/ou inclusão de novos serviços de saúde.

1.2. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação de serviço de reabilitação visual o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Municipal ou Estadual do SUS.

1.2.1 O Ministério da Saúde avaliará, por meio da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde os documentos enviados pelo Gestor Estadual de Saúde, contendo proposta de Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais aprovados na CIB, conforme estabelecido na Portaria GM nº 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012;

1.2.2 Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

1.2.3 A habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.4 Em caso de pendências o Ministério da Saúde encaminhará à respectiva Secretaria de Estado da Saúde o relatório da análise técnica para conhecimento, manifestação e providências.

1.3. Registro das Informações do Usuário

O serviço deve possuir um prontuário único para cada usuário, devidamente ordenados no Serviço de Prontuário de Paciente, que inclua todos os atendimentos a ele prestados, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

1.4 Instalações Físicas

As instalações físicas do serviço de reabilitação visual deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2004).

A área física para estocagem dos equipamentos deve atender as normas vigentes para o acondicionamento. Deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

b) Resolução Nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente.

1.5. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a) Ao cumprimento continuado, pelo serviço, das Normas estabelecidas nas Portarias vigentes e seus instrutivos;

b) À avaliação e auditorias periódicas ou recomendadas pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade, conforme *Formulário para Vistoria do Gestor (Anexo II)*;

c) O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas DAPES/SAS/MS, por intermédio da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, determinará a suspensão ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas na portaria vigente e seus instrutivos, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

ANEXO I

REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE MÍNIMA POR TIPO DE CER

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	AUDITIVA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	-----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	-----
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		2	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA POR TURNO (4 horas)	
VISUAL	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		8	30h
FONOAUDIOLOGO		2	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	----
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		2	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
AUDITIVA	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		6	30h
FONOAUDIOLOGO		8	30h
PSICOLOGO		2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		0	----

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		0	----
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		0	----
FONOAUDIOLOGO		8	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CERII		EQUIPE MÍNIMA	
INTELLECTUAL	FISICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS		2	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		0	----
FISIOTERAPEUTA		6	30h
FONOAUDIOLOGO		6	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		6	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0	----
PEDAGOGO - opcional		1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	FISICA	AUDITIVA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			8	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			2	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			4	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	FISICA	INTELECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			8	30h
FONOAUDIOLOGO			6	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	AUDITIVA	INTELECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária/semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			0	----
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			0	----
T. MOBILIDADE - opcional			2	30h
FISIOTERAPEUTA			2	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1	40h
PEDAGOGO - opcional			1	40h

CER III			EQUIPE MÍNIMA	
FISICA	AUDITIVA	INTELECTUAL	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária Semanal
MÉDICOS			3	20h
ENFERMEIROS			2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1	40h
TEC ENFERM - opcional			2	30h
T. MOBILIDADE - opcional			0	----
FISIOTERAPEUTA			6	30h
FONOAUDIOLOGO			8	30h
PSICOLOGO			4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL			8	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional			0	----
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			0	----
PEDAGOGO - opcional			0	-----

CER IV		EQUIPE MÍNIMA	
VISUAL	FÍSICA	QUANTIDADE	Ref. De Carga Horária Semanal
AUDITIVA	INTELLECTUAL		
MÉDICOS		4	20h
ENFERMEIROS		2	30h
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1	40h
TEC ENFERM - opcional		2	30h
T. MOBILIDADE - opcional		2	30h
FISIOTERAPEUTA		10	30h
FONOAUDIOLOGO		10	30h
PSICOLOGO		4	30h
TERAPEUTA OCUPACIONAL		10	30h
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1	40h
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1	40h
PEDAGOGO - opcional		1	40h

* Quando o CER habilitado em Reabilitação Física, solicitar também a habilitação em Serviço de Atenção à Pessoa Ostromizada, deve agregar à equipe um profissional **Nutricionista**, com carga horária de 40h.

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL

NOME DA UNIDADE: _____

CNES: _____ CNPJ: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

Entrevistados: _____

Cargo/Função: _____

Entrevistadores (delegados): _____

Função: _____

Função: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA)

FEDERAL ()

ESTADUAL ()

MUNICIPAL ()

FILANTRÓPICA ()

PRIVADO ()

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA MULTIPROFISSIONAL (cópia do diploma de graduação e/ou especialização na área, cópia do registro no conselho de classe profissional)

Coordenador _____

Médico Responsável _____

Fisioterapeuta _____

Terapeuta Ocupacional _____

Psicólogo _____

Outro profissional _____

Existência de Prontuário Único?

() SIM NÃO()

Existência de Protocolos e Diretrizes Clínicas?

() SIM NÃO()

Existência de instalações físicas em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2004)?

() SIM NÃO()

AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DO SERVIÇO QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO NA ÁREA DE REABILITAÇÃO VISUAL, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE, DE PRESTAR ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço (carimbo e nº do registro em conselho profissional)

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS (Observações relativas ao Serviço)

Nome _____

Assinatura/Carimbo _____

Cargo/Função _____

Instituição _____

Local _____

Data _____