



# Prefeitura do Município de Londrina

## Estado do Paraná

### AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### MINUTA DO DOCUMENTO DESCRITIVO DO CONTRATO

#### AMS-COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATO E OFERTA

#### ANEXO I

#### MINUTA DO DOCUMENTO DESCRITIVO DO CONTRATO Nº número/ano

O presente Documento Descritivo foi elaborado conjuntamente pelo(a) (inserir nome do contratado) e a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (AMS) tendo por objetivo a instrumentalização, por meio das normativas sobre a forma e mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades prestadas pelo Serviço de Residência Terapêutica (SRT) contratualizado, sendo este, integrante da rede municipal de assistência à saúde do município de Londrina, com a capacidade técnica operacional para assistência de (inserir especialidade de atendimento).

No presente documento, estão descritos os compromissos gerais das partes, as metas físicas, quantitativas e qualitativas, bem como, os indicadores de desempenho os quais são de responsabilidade de execução por parte do(a) Contratado(a) e ainda, a metodologia de avaliação a ser utilizada pelo setor de Auditoria do Gestor Municipal e Comissão de Acompanhamento e Avaliação de Contrato, de acordo com a Lei Nº 8.666/1993, Portaria Nº 3588/2017, Portaria Nº 1.119/2018, Lei Nº 10.216/2001, Anexo V da Portaria de Consolidação Nº 03/2017, Política Nacional de Humanização (PNH), Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, Resolução RDC/ANVISA Nº 50/2002 e outras que vierem a ser implantadas.

#### 1. FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

Os serviços devem obedecer aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha a substituí-la, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento dos usuários do SUS. E devem também, sempre que aplicável, obedecer a Resolução RDC/ANVISA Nº 63, de 25 de Novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

- O(A) CONTRATADO(A) é responsável pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos finais de semana e dias de feriados;
- Os serviços deverão ser executados de forma alinhada à Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde Mental;
- A Autarquia Municipal de Saúde realizará visitas técnicas a qualquer tempo, sem aviso prévio, o que não impede nem substitui as atividades próprias de outras esferas do Sistema Nacional de Auditoria (Federal e Estadual) e dos controles públicos externos;
- A execução do Contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços;
- As regras de controle, avaliação e auditorias utilizadas para o Contrato são as vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS);
- O(A) CONTRATADO(A) deverá implantar sistema de prontuário eletrônico de forma a permitir a integração com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, que deverão ser disponibilizados ao Município sempre que solicitado, pelo prazo determinado em legislação vigente;
- O(A) CONTRATADO(A) deverá adotar a [Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS](#) para tratamento de Transtornos Mentais e Comportamentais na execução dos serviços;
- A produção deve ser informada mensalmente através do Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS) pelo serviço de referência ao qual o SRT está vinculado pelo procedimento 03.01.08.004-6 Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica);
- O conjunto do serviço prestado deverá ser comprovado através de relatório mensal, informando: (a) Nome dos usuários ingressantes; (b) Nome de usuários em acompanhamento para ingresso; (c) Nome de usuários em processo de saída do SRT; (d) Consultas na atenção primária em saúde/mês, por usuário; (e) Consultas na atenção especializada/mês, por usuário.

#### 1.1 RECURSOS HUMANOS E EQUIPE MÍNIMA

A carga horária dos profissionais para cada tipo de SRT deve observar a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017. Além do quantitativo profissional mínimo disposto nas portarias, este edital estabelece parâmetros quanto ao quantitativo mínimo em horas semanais de algumas categorias profissionais conforme disposto abaixo:

- A equipe deve ser composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala, 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) profissional de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social). Esta equipe deve trabalhar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência;
- No período diurno, das 7h às 19h, a equipe mínima deve ser composta de 2 (dois) cuidadores e 1 (um) técnico de enfermagem;
- No período noturno, das 19h às 7h, a equipe mínima deve ser composta de 2 (dois) cuidadores;
- O mínimo de horas do enfermeiro(a) é de 10 (dez) horas para realização de supervisão institucional do técnico de enfermagem e dos cuidadores quanto aos cuidados de saúde;
- O mínimo de horas do psicólogo(a) ou do terapeuta ocupacional ou do assistente social é de 30 (trinta) horas com objetivo de realizar e promover atividades de estímulo à autonomia dos usuários dentro e fora do SRT, conforme consta na "Ficha de Acompanhamento Mensal dos Usuários". Este profissional exercerá a função de coordenação do serviço.

#### 2. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

A quantidade e qualidade dos serviços será monitorada trimestralmente através de dois instrumentos: a ficha de acompanhamento mensal dos usuários (3514950) e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) (3515520).

A ficha de acompanhamento mensal dos usuários tem a intenção de monitorar as atividades que estão sendo realizadas com cada usuário e garantir que o serviço de saúde esteja motivado para promover a autonomia dos usuários dentro e fora do SRT. Ela deve ser preenchida mensalmente pela equipe assistente do SRT. Cabe ressaltar que a ficha de acompanhamento mensal não prescinde da necessidade de que cada procedimento tenha ata e registro por parte da equipe.

A WHODAS 2.0 é um instrumento genérico de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para fornecer um método padronizado de mensuração da saúde e deficiência. Foi desenvolvido a partir de um conjunto abrangente de itens da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e deve ser aplicado na admissão do usuário e a cada 8 (oito) meses pela equipe assistente do SRT, e ser disponibilizado com igual frequência para a Autarquia Municipal de Saúde. A WHODAS 2.0 será utilizada para definir a meta individual de atividades que devem ser realizadas pelos usuários na ficha de acompanhamento mensal. Quanto maior o nível de prejuízo na funcionalidade menor a exigência de atividades de reabilitação psicossocial a serem cumpridas por parte do contratado, conforme o quadro abaixo.

Metas de atividades a serem realizadas com cada usuário de acordo com a funcionalidade medida através da WHODAS 2.0	
Usuários com WHODAS > 60	Mínimo de 30% (trinta por cento) de participação média no trimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
Usuários com WHODAS 50 a 59	Mínimo de 40% (quarenta por cento) de participação média no trimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
Usuários com WHODAS 40 a 49	Mínimo de 50% (cinquenta por cento) de participação média no trimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
Usuários com WHODAS < 39	Mínimo de 60% (sessenta por cento) de participação média no trimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal

Os instrumentos poderão ser atualizados anualmente com intuito de refletir aprimoramento nos métodos de avaliação que estão sendo desenvolvidos na Autarquia Municipal de Saúde, a qual reserva-se o direito de reavaliar o usuário e os escores do WHODAS 2.0 se houver dúvida quanto à funcionalidade do usuário.

A cada trimestre as últimas fichas serão analisadas pela Autarquia Municipal de Saúde, que irá quantificar a proporção de usuários que cumpriram as metas individuais de atividades no SRT:

**Proporção de usuários que atingiram meta individual na ficha de acompanhamento mensal**

Proporção	Valor pago referente a proporção das metas quali-quantitativas
80 a 100% dos usuários	100%
50 a 79% dos usuários	80%
30 a 49% dos usuários	40%
0 a 29% dos usuários	0%

### 3. REPASSE FINANCEIRO

Estão previstos recursos financeiros para implantação do SRT e execução dos serviços dispostos neste Contrato.

A infraestrutura necessária para implantação do SRT (móveis, eletrodomésticos, refrigeração, louça e demais equipamentos) é de responsabilidade dos CONTRATANTES, mediante repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portarias Ministeriais nº 245/2005, nº 130/2012 e anexo V da Portaria de Consolidação Nº 03/2017, no seguinte valor:

I. R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para ambos os tipos de SRT, parcela única.

Caso o custo da implantação exceda ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença não será custeada pelo MUNICÍPIO e CONTRATANTES. E o prazo para implantação do serviço é de 3 (três) meses a partir do repasse do recurso.

Em relação ao recurso financeiro para a execução do presente Contrato, o valor mensal estimado importa em R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), a ser repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, conforme abaixo especificado:

Programação Orçamentária				
Pré-Fixado	Fonte/Recurso	Mensal	Anual	60 Meses
Incentivo Financeiro para Implantação e/ou Implementação de SRT - Tipo I ou II	Federal	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Custeio do SRT - Tipo I ou II	Federal	R\$ 00.000,00	R\$ 000.000,00	R\$ 0.000.000,00
<b>Total</b>		<b>R\$ 00.000,00</b>	<b>R\$ 000.000,00</b>	<b>R\$ 0.000.000,00</b>

O recurso financeiro de custeio mensal para cada grupo de 8 (oito) moradores de SRT Tipo I tem valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) e R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de 10 (dez) moradores de SRT Tipo II. Em razão dos repasses não serem destinados a módulos residenciais, mas a grupos de moradores, nos casos em que não houver possibilidade de formação de grupos de 8 (oito) moradores para SRT Tipo I e 10 (dez) moradores para SRT Tipo II, o repasse do recurso de custeio mensal poderá ocorrer observando as orientações descritas nas tabelas a seguir:

Nº de Moradores	SRT Tipo I			SRT Tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	-	-	-	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	-	-	-	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Considerando que o repasse desses recursos é condizente com o número de moradores, o valor deve ser incorporado ao bloco Pré-Fixado do contrato, o qual poderá sofrer alterações, para mais ou para menos, em caso de entrada/saída de moradores. Nesse caso, deve ser observado o limite para acréscimos e supressões contratuais, conforme a Lei Nº 8.666/1993.

### 4. DURAÇÃO

O presente Documento Descritivo do Contrato terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, o qual poderá ser prorrogado por 6 (seis) meses, com as devidas justificativas técnicas.

#### ANEXO 1, DO ANEXO I

##### Ficha de Acompanhamento Mensal dos Usuários

Serviço Residencial Terapêutico

A ser preenchido mensalmente para cada usuário

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Cartão SUS \_\_\_\_\_

Data da avaliação : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Escore na última avaliação do WHODAS \_\_\_\_ pontos

Mês de referência: \_\_\_\_\_ (Mês) de \_\_\_\_\_ (Ano)

Número de semanas do mês: ( ) 4 ( ) 5

	Semanas					Frequência Mínima	% Participação	Justificativa
	S1	S2	S3	S4	S5*			
<b>Atividades de estímulo à autonomia dentro da SRT</b>								
1. Oficina de culinária	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
2. Grupo de manejo das medicações	( )					Mensal		
3. Atividades físicas e/ou de expressão corporal	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
4. Assembleia	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
<b>Atividades de lazer dentro da SRT</b>								
5. Cinema, arte e cultura	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
6. Jogos, atividades recreativas	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
7. Comemoração de datas festivas	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
<b>Estímulo à autonomia na realização das atividades da vida diária</b>								
8. Ida ao banco	( )					Mensal		
9. Compras (supermercado, farmácia, lojas, etc.)	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
10. Uso do transporte público	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
<b>Acompanhamento em CAPS e Equipes Especializadas</b>								
11. Consulta médica	( )					Mensal		
12. Participação em outras atividades no CAPS e outros	( ) ( )					Quinzenal		
<b>Atividades fora do SRT</b>								
13. Visitas a pessoas importantes para fortalecimento de vínculos afetivos (família, amigos, outros)	( )					Mensal		
14. Atividades culturais e de lazer fora do SRT	( )					Mensal		
15. Inserção em atividades educativas e/ou de geração de renda	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal		
<b>Média Mensal</b>							____%	

#### ANEXO 2, DO ANEXO I

WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde vivenciadas pela pessoa por quem você está respondendo em sua posição de amigo, parente ou cuidador. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e, com o conhecimento que você tem, responda a essas questões pensando em quanta dificuldade seu amigo, parente ou pessoa que é cuidada por você teve enquanto fazia as seguintes atividades. (Nota: o questionário usa o termo "parente" com o significado de "amigo", "parente" ou "pessoa que é cuidada"). Para cada questão, por favor, marque somente uma resposta.

H4 <sup>a</sup>	Eu sou o(a) _____ (escolha uma) dessa pessoa	1 =	Marido ou esposa	5 =	Outro parente
		2 =	Pai ou mãe	6 =	Amigo(a)
		4 =	Irmão ou irmã	8 =	Outro (especifique) _____

<sup>a</sup> Questões H1-H3 aparecerão no final do questionário

Nos últimos 30 dias, quanta <u>dificuldade</u> o seu parente teve em:						
<b>Compreensão e comunicação</b>						
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.2	Lembrar-se de fazer <u>coisas importantes</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.3	Analisar e encontrar <u>soluções para problemas</u> do dia a dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.4	Aprender uma <u>nova tarefa</u> , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.5	Compreender de <u>forma geral</u> o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.6	Começar e manter uma <u>conversa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
<b>Mobilidade</b>						
D2.1	Ficar em pé por <u>longos períodos</u> como <u>30 minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.3	Movimentar-se dentro da casa dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.4	Sair da <u>casa</u> dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.5	Andar por <u>longas distâncias</u> como por <u>1 quilômetro</u> .	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por causa da condição de saúde dele(a), nos últimos 30 dias, quanta <u>dificuldade</u> o seu parente teve em:						
<b>Autocuidado</b>						
D3.1	Lavar o <u>corpo inteiro</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.3	Comer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.4	Ficar sozinho(a) sem a ajuda de outras pessoas por <u>alguns dias</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
<b>Relações interpessoais</b>						
D4.1	Lidar com pessoas que ele(a) <u>não conhece</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.2	Manter uma <u>amizade</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são <u>próximas</u> a ele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.4	Fazer <u>novas amizades</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.5	Ter <u>atividades sexuais</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
<b>Atividades de vida</b>						
D5.1	Cuidar das <u>responsabilidades domésticas</u> dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.2	Fazer <u>bem</u> as tarefas domésticas mais importantes dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.3	Fazer <u>todas</u> as tarefas domésticas que ele(a) precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Se seu parente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.8, abaixo. Caso contrário, pule para D6.1.

Nos últimos 30 dias, quanta <u>dificuldade</u> o seu parente teve em:						
<b>Autocuidado</b>						
D5.5	Atividades diárias do <u>trabalho/escola</u> dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.7	Fazer <u>todo</u> o trabalho que ele(a) precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Participação social nos últimos 30 dias:						
D6.1	Quanta dificuldade seu parente teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.2	Quanta dificuldade seu parente teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à volta dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.3	Quanta dificuldade seu parente teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações dos outros?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.4	Quanto tempo <u>seu parente</u> gastou com a condição de saúde dele(a) ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.5	Quanto <u>seu parente</u> tem sido <u>emocionalmente afetado(a)</u> pelas condições de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.6	Quanto a saúde dele(a) tem <u>prejudicado financeiramente</u> ele(a) ou outros parentes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.7	Quanta dificuldade <u>você</u> ou o <u>resto da família</u> dele(a) teve por causa do problema de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.8	Quanta dificuldade seu parente teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	<b>Anote o número de dias _____</b>
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias seu parente esteve <u>completamente incapaz</u> de executar as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de qualquer condição de saúde?	<b>Anote o número de dias _____</b>
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que seu parente esteve totalmente incapaz, por quantos dias seu parente <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de alguma condição de saúde?	<b>Anote o número de dias _____</b>

Isto completa o questionário. Obrigado por sua participação.

#### Condições de saúde:

- Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde;

- Lesões;
- Problemas mentais ou emocionais;
- Problemas com álcool;
- Problemas com drogas.

**Ter dificuldades com atividades significa:**

- Esforço aumentado;
- Desconforto ou dor;
- Lentidão;
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Pense somente nos últimos 30 dias.

**Pontuação do WHODAS**

Para os itens: D1.1 / D1.2 / D1.3 / D1.4 / D2.1 / D2.4 / D2.5 / D3.2 / D4.4 / D5.4 / D6.2 / D6.4 / D6.5 / D6.7

Nenhuma = 0 pontos

Leve = 1 ponto

Moderada = 2 pontos

Grave = 3 pontos

Extrema ou não consegue fazer = 4 pontos

Para os itens: D1.5 / D1.6 / D2.2 / D2.3 / D3.1 / D3.3 / D3.4 / D4.1 / D4.2 / D4.3 / D4.5 / D5.2 / D5.3 / D5.5 / D6.1 / D6.3 / D6.6 / D6.8 / D5.8

Nenhuma = 0 pontos

Leve = 1 ponto

Moderada = 1 ponto

Grave = 2 pontos

Extrema ou não consegue fazer = 2 pontos

**Cálculo do escore final**

Para usuários SEM trabalho remunerado

WHODAS\_32=(D1.1+D1.2+D1.3+D1.4+D1.5+D1.6+D2.1+D2.2+D2.3+D2.4+D2.5+D3.1+D3.2+D3.3+D3.4+D4.1+D4.2+D4.3+D4.4+D4.5+D5.2+D5.3+D5.4+D5.5+D6.1+D6.2+D6.3+D6.4+D6.5+D6.6+D6.7+ D6.8)\*100/92

Para usuários COM trabalho remunerado

WHODAS\_36=(D1.1+D1.2+D1.3+D1.4+D1.5+D1.6+D2.1+D2.2+D2.3+D2.4+D2.5+D3.1+D3.2+D3.3+D3.4+D4.1+D4.2+D4.3+D4.4+D4.5+D5.2+D5.3+D5.4+D5.5+D5.8+D5.9+D5.10+D5.11+D6.1+D6.2+D6.3+D6.4+D6.5+D6.6+D6.7+D6.8)\*100/106



Documento assinado eletronicamente por **Camila Moliani Ferri, Coordenador(a) de Gestão de Contrato e Oferta**, em 20/04/2020, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3659676** e o código CRC **010DA470**.