

Regulamento Interno APEAS

Senhores pais e responsáveis,

A participação da família no desenvolvimento das crianças é fundamental, seja por meio do suporte às terapias, seja pela participação ativa nas atividades e nos espaços da Associação. Essa colaboração é essencial para que possamos oferecer atendimentos com maior qualidade, contribuindo para a evolução do desenvolvimento das crianças.

Com o objetivo de garantir uma convivência harmoniosa, segura e saudável entre todos, bem como o melhor aproveitamento dos espaços e das terapias oferecidas, estabelecemos as normas abaixo. É dever dos pais e responsáveis conhecê-las, cumpri-las e zelar por sua aplicação.

Normas

1. Durante o período de espera para atendimento, o paciente permanece sob a responsabilidade de seu acompanhante. O local destinado à espera é o parque; em dias chuvosos, a espera deverá ocorrer ao lado da secretaria.
2. É responsabilidade dos pais ou responsáveis confirmar semanalmente os atendimentos agendados.
3. Os pais ou responsáveis devem participar das reuniões promovidas com as famílias.
4. Qualquer alteração de endereço, telefone, escola, medicação ou outras informações relevantes deverá ser comunicada à Associação.
5. Para pacientes que fazem uso de medicação, é obrigatória a manutenção da receita médica atualizada no prontuário da Associação, com renovação a cada três meses.
6. Atrasos e faltas devem ser comunicados previamente. Para garantia da vaga nos atendimentos, as ausências deverão ser justificadas e documentadas por meio de declaração ou atestado médico.
7. A tolerância máxima de atraso para os atendimentos é de 10 (dez) minutos. Após esse período, a ausência será considerada falta, não havendo atendimento.
8. Os pacientes que chegarem dentro do período de tolerância terão direito apenas ao tempo restante do atendimento previamente agendado.
9. A presença do paciente nos atendimentos é fundamental para a continuidade das terapias. As ausências motivadas por doença deverão ser devidamente justificadas por meio de atestado ou declaração médica (somente do responsável e do paciente). O excedente de faltas injustificadas acarretará o **desligamento automático das terapias**.
10. Os pacientes devem chegar com, no máximo, 5 (cinco) minutos de antecedência ao primeiro atendimento do dia, a fim de evitar aglomerações.
11. Enquanto os pacientes estiverem em atendimento terapêutico, e caso a presença dos responsáveis não seja solicitada, estes deverão aguardar nos locais indicados, sem interferir nas terapias.
12. Assuntos relacionados às agendas **não devem ser tratados diretamente com os terapeutas**, devendo ser encaminhados exclusivamente à coordenação. Os **relatórios** deverão ser solicitados com **antecedência** junto à coordenação, sendo o prazo para devolução de até **10 (dez) dias**.
13. É dever de todos zelar pelos espaços da Associação, bem como por seus equipamentos e materiais.
14. Os responsáveis devem seguir as orientações dos profissionais e realizar as tarefas por eles recomendadas. O preenchimento do controle de presença é obrigatório; a ausência desse registro será considerada falta. Solicitamos, ainda, a colaboração na separação e no registro de notas fiscais para a captação de recursos destinados à Associação.

15. As devolutivas semestrais serão realizadas exclusivamente com os pais ou responsáveis, **sem a presença do paciente**, em data e horário previamente agendados pela Associação.
16. Para garantir a saúde, o bem-estar e a segurança de todos, é indispensável que os pacientes compareçam aos atendimentos com a **higiene pessoal adequada**, incluindo: unhas limpas e aparadas; ausência de piolhos ou outras infestações; uso de roupas limpas. Caso sejam identificadas condições que possam comprometer a saúde do próprio paciente, dos profissionais ou dos demais atendidos, a Associação poderá **suspender o atendimento no dia**, comunicando imediatamente os pais ou responsáveis para as devidas providências.
17. É **obrigatório** que os pacientes em atendimento de **Fisioterapia** compareçam utilizando **tênis adequado**, por questões de segurança, estabilidade e melhor aproveitamento das atividades terapêuticas. O não cumprimento desta norma poderá impedir a realização do atendimento no dia.
18. Será considerada **FALTA GRAVE** qualquer conduta de desrespeito, agressão ou falta de cooperação para com terapeutas e demais profissionais da instituição. O ambiente da Apeas deve ser pautado pelo respeito mútuo e pela colaboração. O descumprimento desta norma poderá acarretar o desligamento.
19. É **proibido** e considerado **FALTA GRAVÍSSIMA** qualquer tipo de intriga, agressão ou comportamento hostil entre famílias e/ou responsáveis nas dependências da instituição.
20. O descumprimento desta norma implicará **desligamento imediato** da instituição.
21. O respeito e a cordialidade são fundamentais para o bom andamento das atividades e para a manutenção de um ambiente saudável e colaborativo.
22. É **proibida** a troca de medicamentos nas dependências da Apeas. Caso seja constatada a ocorrência desse ato, o responsável será advertido e, em caso de reincidência, ocorrerá o desligamento.
23. Não serão realizadas visitas às escolas. Caso haja necessidade, a escola deverá entrar em contato com a instituição para que sejam definidos os procedimentos adequados.

Termo de Ciência e Acordo

Declaro que li atentamente, compreendi e estou ciente de todas as normas estabelecidas pela **Associação de Pais do Espectro Autista de Sorocaba**, comprometendo-me a cumpri-las integralmente, bem como a zelar pelo bom funcionamento da instituição, pelo respeito aos profissionais, às famílias atendidas e às demais normas internas.

Estou ciente de que o não cumprimento das normas poderá acarretar advertências e/ou desligamento dos atendimentos, conforme critérios estabelecidos pela Associação.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

RG/CPF do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: ____ / ____ / ____