

# TERMO DE REFERÊNCIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR EMPRESAS ESPECIALIZADAS EM ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA

## 1. OBJETO

O presente termo de referência tem como objeto o credenciamento de EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS EM FISIOTERAPIA para atender os pacientes da rede pública, conforme discriminação constante abaixo.

## 2. JUSTIFICATIVA

Considerando a atual demanda para reabilitação especializada em Fisioterapia e a oferta de serviços insuficiente para uma maior resolutividade do plano terapêutico de cada paciente, faz-se necessária a realização deste processo para credenciamento de prestadores destes serviços, visando ampliar o atendimento ao paciente, reduzir o tempo de espera e com isso proporcionar melhora da capacidade funcional do paciente que aguarda o tratamento fisioterapêutico.

## 3. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO

CÓDIGO	TIPO DE PROCEDIMENTO	DESCRIPTIVO	QUANT. MENSAL	QUANT. TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	CONSULTA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	1200	14400
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES MOTORAS DE ORIGEM TRAUMATOLÓGICA, ORTOPÉDICAS, REUMATOLÓGICAS, HEMATOLÓGICA, INFECCIOSA VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E MINIMIZANDO E TRATANDO AS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS	13000	156000
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS.		
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO MANUTENÇÃO DO TÔNUS MUSCULAR, MINIMIZANDO AS ALTERAÇÕES SENSORIAL E /OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA, MARCHA E REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA		
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO OU CLÍNICA QUE APRESENTAM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS, VISANDO MANter A CAPACIDADE FÍSICA NÃO ACOMETIDA, EVITAR COMPLICAÇÕES DA IMOBILIZAÇÃO, ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA E MAXIMIZAR A FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		

03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO DE NATUREZA CLÍNICA OU PRÉ/PÓS CIRÚRGICA, COM DISFUNÇÃO PULMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, NECESSITANDO DE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E/OU VENTILATÓRIA
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO CLÍNICO, REQUERENDO REEXPANSIBILIDADE PULMONAR E REEDUCAÇÃO DA CINESIA RESPIRATÓRIA, PROPORCIONANDO A BOA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E FAVORECENDO A MELHORA NA CAPACIDADE FÍSICA GERAL
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PREVENÇÃO DA CINÉTICA-VASCULAR AOS EFEITOS DA IMOBILIDADE PROLONGADA E RECONDICIONAMENTO CARDIOVASCULAR
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO OBJETIVANDO A PREVENÇÃO DE DISFUNÇÃO DA CINÉTICA-VASCULAR AOS EFEITOS DA IMOBILIDADE PROLONGADA E FAVORECENDO A RESTAURAÇÃO DO CONDICIONAMENTO CARDIOVASCULAR, NECESSITANDO DE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E/OU VENTILATÓRIA
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO PRÉ-OPERATÓRIO E OU PÓS-OPERATÓRIO, VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES, MINIMIZANDO E TRATANDO COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MINIMIZAR E TRATAR COMPLICAÇÕES DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E PARA MELHORA DO TÔNUS MUSCULAR E DAS TRANSMISSÕES DE PRESSÕES DOS ESFÍNCTERES URETRAL E/OU ANAL.
03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES, MINIMIZANDO E TRATANDO COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO (Pós cirúrgico com mais de 6 meses)	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DO PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO ONCOLÓGICO QUE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO COM ABORDAGEM CLÍNICA: QUIMIOTERAPIA, HORMONIOTERAPIA, IMUNOTERAPIA E PRESERVAÇÃO (ONCOLÓGICA)

Fonte: Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – códigos e procedimentos.

#### 4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

FISIOTERAPIA: Todas as atribuições inerentes à atividade; Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática fisioterapêutica, visando ao melhor desempenho em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição; Ser responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fisioterapêuticos da função motora, e/ou neurológica e/ou respiratória e/ou cardiológica e/ou uroginecológica, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do usuário.

## **5. DOS DOCUMENTOS PARA O CREDENCIAMENTO**

5.1. Para abertura do processo de credenciamento, a empresa, localizada no município de São José dos Campos, deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) Manifesto de interesse nos procedimentos para o credenciamento e respectivos profissionais de referência (apêndice A), exceto o procedimento do código 03.01.01.004-8 que será obrigatória a execução, independente do procedimento apontado.
- b) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal disponibilizada ao SUS, cargo, função (especialidade) e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional (apêndice B).
- c) RG, CPF, Certificados de conclusão do curso (e pós-graduações) e Registro profissional dos fisioterapeutas devidamente reconhecidos pela respectiva entidade de classe.
- d) Certidão de registro e regularidade do Conselho Regional de Fisioterapia.
- e) Cadastro atualizado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

## **6. DO CREDENCIAMENTO**

6.1. Após análise e emissão de parecer favorável referente à documentação pela Comissão Especial de Credenciamento, no prazo máximo de quinze (15) dias úteis, a coordenação do Programa de Reabilitação e/ou Comissão designada para tal, marcará o dia e hora da vistoria da empresa, a fim de avaliar, *in loco*, os indicadores/critérios avaliativos para certificação do credenciamento (apêndice C).

6.2. As instalações, aparelhamento e pessoal técnico devem estar disponíveis e contratados, se o caso, quando da realização de vistoria pela coordenação do Programa de Reabilitação e/ou Comissão designada para tal.

6.3. Durante a vistoria será necessário o acompanhamento por um funcionário da empresa, designado pela direção ou por alguém da própria diretoria.

6.4. Quando da análise da documentação ou da vistoria, a Comissão Especial de Credenciamento verificar alguma desconformidade com os requisitos do edital/termo de referência, procederá à notificação ao interessado para que, no prazo de cinco (5) dias úteis, proceda ao saneamento dos itens apontados pela Comissão.

6.5. Após a análise da documentação e realização da vistoria, a Comissão Especial de Credenciamento emitirá parecer que será submetido ao (à) Secretário (a) de Saúde, para aprovação ou não do credenciamento.

## **7. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

7.1. Os serviços de Fisioterapia deverão ser prestados por profissionais contratados pela credenciada, a fim de atender os usuários do SUS, residentes do município de São José dos Campos, encaminhados

pela Secretaria de Saúde, através de sistema próprio, o SAMS – Sistema de Atendimento Municipal de Saúde, ou o que vier a substituí-lo, sendo necessário realizar:

I - Consulta inicial para avaliação da demanda exigida pelo quadro clínico do usuário, visando estabelecer seu plano terapêutico e coleta da assinatura do termo de compromisso (apêndice D) e

II – Execução do Atendimento (até dez (10) sessões) que deverá compreender todas as ações previstas no item I.

7.2. Após realização da consulta inicial e execução da oitava (8ª) sessão, se o quadro clínico-funcional do usuário estiver elencado nos critérios de elegibilidade (apêndice E), poderá ser solicitado mais 10 sessões, para isso o prestador credenciado deverá emitir relatório, digitalizar e encaminhar por e-mail à Unidade de Reabilitação responsável pelo território do usuário, e em até dez (10) dias úteis, a Unidade emitirá o parecer de aprovação ou não do plano terapêutico para que haja continuidade dos atendimentos e acompanhamento conjunto do caso. Este relatório deverá conter: identificação do usuário atendido com nome; cadastro de regulação ambulatorial (CRA); CPF; nome, assinatura e número do registro profissional (CREFITO) do profissional executante; diagnóstico fisioterapêutico; objetivos; intervenções e evoluções terapêuticas, além da justificativa para continuidade (modelo no apêndice F).

7.3. A situação pontuada no item 7.2, poderá ser repetida na décima oitava (18ª) sessão até completar um total de trinta (30) sessões.

7.4. O prestador credenciado se compromete a fornecer informações sobre o tratamento às equipes das Unidades de Reabilitação, sempre que solicitado, assim como poderá buscar informações com as equipes quando julgar necessário.

7.5. Nos casos discordantes, o prestador credenciado poderá enviar para o e-mail oficial da coordenação do Programa de Reabilitação (Secretaria de Saúde), a solicitação de revisão das indicações dos atendimentos, a fim de reavaliar a necessidade.

7.6. O prestador credenciado deverá realizar e manter atualizado o registro dos atendimentos. Todos os profissionais contratados pelos credenciados deverão, na execução dos serviços prestados, fazer uso do sistema informatizado do município, para registro de atendimentos em prontuário eletrônico e o registro da contrarreferência na alta.

7.7. Os serviços deverão ser realizados utilizando-se de estrutura, recursos materiais e humanos próprios do prestador credenciado conforme o nível de complexidade para o atendimento da demanda encaminhada pela Secretaria de Saúde, durante toda a vigência do credenciamento, não sendo permitida a inexecução do objeto do credenciamento por falta de quaisquer destes itens.

7.8. O prestador credenciado deverá executar, conforme a melhor técnica, os atendimentos, obedecendo rigorosamente às normas técnicas e regulamentações respectivas.

7.9. O prestador credenciado deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar aos usuários.

7.10. A execução dos atendimentos deverá ser realizada por meio de profissionais capacitados responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos usuários, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência.

7.11. Para prestação dos serviços previstos, a prestadora deverá disponibilizar profissionais fisioterapeutas para atendimento em dias úteis, em horário comercial, de segunda a sexta feira, durante todo o período do seu credenciamento.

7.12. Todos os profissionais contratados pelos credenciados deverão, na execução dos serviços a serem prestados, proporcionar tratamento condigno aos usuários do SUS, com os ditames do respectivo Conselho de Classe, e voltados ao respeito da dignidade humana e o direito de todo o cidadão ao acesso à saúde pública.

7.13. Quanto à finalização dos atendimentos, esta ocorrerá nas seguintes condições: Término do protocolo de atendimento pré estabelecido; Óbito do usuário; Alta por indicação do prestador com validação da equipe das Unidades de Reabilitação; Desistência do tratamento pelo usuário e/ou responsáveis, desde que registrado formalmente; Abandono do tratamento pelo usuário quando registrar 3 faltas consecutivas ou alternadas. Todas essas condições deverão ser registradas no sistema próprio (SAMS).

7.14. Todos os profissionais contratados pelos credenciados deverão, na execução dos serviços a serem prestados, respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal, devendo sempre que diante deste tipo de situação, fazer a documentação necessária para resguardar eventuais responsabilidades.

7.15. Não poderá haver interrupção dos atendimentos prestados, exceto nas situações mencionadas nos subitens 7.13 e 7.14 deste termo. Entretanto, caso o prestador de serviço manifeste, formalmente, o interesse na interrupção do credenciamento à Comissão Especial de Credenciamento e à coordenação do Programa de Reabilitação (Secretaria de Saúde), haverá apenas a interrupção de novos agendamentos e o credenciado deverá concluir todos os atendimentos em andamento.

7.16. O prestador credenciado deverá permitir o acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados, pela coordenação do Programa de Reabilitação e/ou Comissão designada para tal.

7.17. Todos os credenciados devem manter as informações e dados da Secretaria de Saúde em caráter de absoluta confidencialidade e sigilo, ficando expressamente proibida a sua divulgação para terceiros, por qualquer meio.

## **8. DA REGULAÇÃO DO CREDENCIAMENTO E DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CREDENCIADA**

O credenciamento e a prestação dos serviços deverão ser regulados conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no edital/termo de referência:

8.1. Os prestadores credenciados deverão estar disponíveis para a prestação do serviço a partir da emissão do Certificado de Credenciamento. E, no prazo máximo de 10 dias corridos, todo credenciado deverá disponibilizar uma pessoa de referência da empresa para realizar o treinamento do SAMS (inclusive de como informatizar o faturamento mensal), a fim de ser a multiplicadora aos demais profissionais da empresa prestadora de serviços aos usuários do SUS do município de São José dos Campos.

8.2. A credenciada deverá atender aos usuários agendados pela Central de Agendamento do município via SAMS, provenientes da rede de saúde de São José dos Campos, em dias e horário previamente acordados com a coordenação do Programa de Reabilitação, com garantia de atendimento integral em todos os procedimentos credenciados e de acordo com os tetos físico e financeiro, programado para cada grupo de procedimentos.

8.3. Todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser confirmado no SAMS pelo prestador, uma vez que a efetivação do pagamento está atrelada a esse apontamento.

8.4. Cada agendamento gerará uma modalidade de prestação de serviços na área da saúde denominada Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT), onde constará a assinatura do usuário e/ou responsável, a cada sessão (consulta ou atendimento) realizada, sendo proibida a coleta das assinaturas de todas as sessões em uma única vez.

8.5. As credenciadas terão até quarenta e cinco (45) dias corridos da data de agendamento inicial para concluir as sessões autorizadas de uma SADT; e ao finalizar os atendimentos (subitem 7.13) a prestadora de serviços, após informatização do faturamento mensal, deverá entregar todas as SADT's no Departamento de Regulação e Controle da Secretaria de Saúde até o décimo (10º) dia útil de cada mês.

8.6. Compreende-se por sessão de tratamento fisioterapêutico, todas as técnicas necessárias a mais pronta recuperação do usuário, sendo em média, utilizadas três técnicas em período de uma hora diária. O conceito de "sessão" em fisioterapia é global. Assim, a sessão de Fisioterapia na coluna e nos membros inclui todos os segmentos do corpo indicados na requisição.

8.7. Para cada especialidade/procedimento passível de habilitação para execução, o credenciado deverá apontar o profissional de referência da especialidade (letra "a" do subitem 5.1 do presente termo de referência).

8.8. O percentual referente a cada especialidade/procedimento deverá ser aplicado após habilitação da empresa e poderá ser revisto a qualquer tempo pela coordenação do Programa de Reabilitação, porém, informado a empresa credenciada com antecedência mínima de trinta (30) dias.

8.9. Todo prestador credenciado deverá seguir os critérios, fluxos e protocolos estabelecidos pela Secretaria de Saúde e, se houver qualquer mudança, a empresa será comunicada por escrito com antecedência mínima de trinta (30) dias.

8.10. Durante a vigência do credenciamento, a credenciada deverá:

- a) atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) sempre que necessário e comunicar, de imediato, à coordenação do Programa de Reabilitação por e-mail, anexando os dados atualizados das letras "b" e "c" do subitem 5.1;
- b) entregar no Departamento de Compras e Licitações da Secretaria de Saúde do município, anualmente (no mês do credenciamento): CNES da empresa e a Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF) vigente.

8.11. A execução da prestação de serviços será avaliada por meio de procedimentos de supervisão indireta ou *in loco*, onde será observado o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste

termo, além de indicadores de produtividade, efetividade, satisfação dos usuários e reclamações registradas pela Ouvidoria e/ou 156 (apêndice G).

8.12. A Secretaria de Saúde está sujeita às Portarias e Normatizações da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, as quais também estarão sujeitos o prestador credenciado.

8.13. O presente termo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante as necessidades dos usuários SUS que recorrem à rede pública de saúde.

**APÊNDICE A - Manifesto de interesse nos procedimentos e profissional de referência**

**(Inserir, preferencialmente, logo marca da instituição)**

<b>CÓDIGO</b>	<b>INTERESSE (SIM OU NÃO)</b>	<b>NOME DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA</b>	<b>CREFITO</b>
<b>03.02.05.002-7</b>			
<b>03.02.05.001-9</b>			
<b>03.02.06.001-4</b>			
<b>03.02.06.002-2</b>			
<b>03.02.04.001-3</b>			
<b>03.02.04.002-1</b>			
<b>03.02.04.003-0</b>			
<b>03.02.04.004-8</b>			
<b>03.02.01.001-7</b>			
<b>03.02.01.002-5</b>			
<b>03.02.02.003-9</b>			
<b>03.02.02.002-0</b>			



## APÊNDICE B - Dados dos profissionais

**(Inserir, preferencialmente, logo marca da instituição)**

[illegible]

**APÊNDICE C - Indicadores/critérios avaliativos para a certificação do credenciamento  
RECURSOS HUMANOS**

<b>Recursos Humanos a serem avaliados</b>	<b>I ou R</b>	<b>Resultado (S ou N)</b>
Fisioterapeutas (capacidade potencial (horas/mês))	I	
Recepcionista/Profissionais de limpeza	I	
<b>RESULTADO FINAL (APROVADO = "A" OU REPROVADO = "R")</b>	-	

**INSTALAÇÃO FÍSICA (conforme a RDC 50/02 e NBR 9050)/EQUIPAMENTOS/MATERIAIS**

<b>Itens a serem avaliados</b>	<b>I ou R</b>	<b>Resultado (S ou N)</b>
Sala de recepção/espera com número de assentos suficientes.	I	
Iluminação e ventilação satisfatórias à demanda.	I	
Banheiro masculino e banheiro feminino para usuários, sendo que um deles deve ser adaptado à pessoa com deficiência.	I	
Banheiro para funcionários.	I	
Consultório para avaliação e/ou atendimento individual contendo: maca, lavatório para higiene das mãos com dispositivo para sabão líquido e porta toalhas de papel, equipamentos fisioterapêuticos para a avaliação.	I	
Salas equipadas de eletrotermofototerapia com macas em perfeitas condições de uso separadas por divisórias e/ou biombos entre elas a fim de preservar intimidade do usuário (tipo de eletrodos).	I	
Equipamentos com certificado de controle de manutenção (com data não superior a 12 meses).	I	
Sala de cinesioterapia com espaço físico adequado para o atendimento e equipamentos/materiais compatíveis para execução dos procedimentos a serem credenciados (tablado, bicicleta ergométrica e/ou esteira elétrica e/ou cicloergômetro portátil, espaldar, escada com rampa conjugada, barra paralela, banco para exercícios, bolas em diversos tamanhos, halteres, colchonetes, bastões, faixas elásticas, caneleiras, cones vaginais, equipamentos para propriocepção, espelho, rolos de apoio e brinquedos adequados para estimulação global).	I	
Disponibilidade de uma cadeira de rodas adulto e uma infantil.	R	
Todo ambiente em que houver contato físico entre fisioterapeuta e usuário, deverá possuir uma pia para higienização das mãos.	R	
Acessibilidade à/da clínica (portas, corredores, rampas etc.)	I	
Área destinada ao depósito de material de limpeza, contendo um tanque e armário para produtos de limpeza.	I	
<b>RESULTADO FINAL (APROVADO = "A" OU REPROVADO = "R")</b>	-	

Legenda: I: imprescindível; R: recomendável; S: sim (=apresenta); N: não (não apresenta); A: aprovado; R: reprovado.

### **Indicadores/critérios avaliativos para vistoria e análise da planilha de avaliação**

Os avaliadores responsáveis pela vistoria devem visitar toda a clínica/unidade, verificando os indicadores/critérios avaliativos quantos aos recursos humanos, instalação física e equipamentos/materiais. A avaliação deverá ser acompanhada por um funcionário da empresa, designado pela direção ou por alguém da própria diretoria.

Indagar e constatar todas as questões formuladas para cada clínica/unidade e assinalar S (sim, se apresenta) e N (não, se não apresenta) em cada item da planilha de vistoria.

No item referente à capacidade potencial de fisioterapeuta (horas/mês), será calculada conforme a quantidade de horas ofertadas mensalmente pelos profissionais fisioterapeutas disponibilizados para 4 (quatro) atendimentos por hora aos usuários do SUS. Para caracterizar a capacidade potencial imprescindível para aprovação, o resultado final deverá ser de no mínimo 480 sessões mensais, ou seja, um quantitativo mínimo de 120 horas/mês.

A clínica/unidade deverá apresentar todos os demais itens imprescindíveis para o credenciamento o que culminará no atendimento dos requisitos mínimos para obtenção do Certificado de Credenciamento.

Concluído o preenchimento da planilha concernente aos indicadores/critérios avaliativos para a certificação do credenciamento, os avaliadores indicarão no resultado final, a aprovação ou reprovação para certificação do credenciamento.

A planilha de avaliação deverá ser assinada e datada.

Portanto, se vários prestadores apresentarem os requisitos mínimos necessários para a prestação do serviço a que se propõem, todos serão aprovados. Ademais, os procedimentos credenciados serão distribuídos de acordo com a capacidade potencial física (incluindo disponibilidade de salas, equipamentos/materiais) e de recursos humanos que eles dispuserem, limitados ao teto físico e financeiro mensal.

## APÊNDICE D – Plano assistencial e termo de compromisso

### Plano Terapêutico Individual

Nome do usuário:			
CRA:	Prontuário:	CPF:	Idade:
Unidade de Atendimento:			
Data Encaminhamento: __/__/____		Data Avaliação: __/__/____	

#### Plano Terapêutico Individual

(descrição dos procedimentos/ processos terapêuticos propostos, relatando os recursos, métodos e técnicas a serem utilizados e o(s) objetivo(s) terapêutico(s) a ser(em) alcançados(s), bem como quantitativo provável de atendimento)

--

Data Alta: __/__/____				Motivo da Alta:	
Objetivo(s):	Atingido Totalmente	Atingido Parcialmente	Não Atingido		
Quantidade de atendimentos:	Faltas Justificadas:	Faltas não justificadas:			

**Carimbo e Assinatura do Profissional:**

### Termos de Compromisso ao usuário para cumprimento do Plano Terapêutico proposto

- Tenho ciência de que a **assiduidade é de extrema importância para a efetividade do tratamento**;
- Serei desligado do tratamento se apresentar **03 (três) faltas consecutivas ou 03 (três) alternadas**;
- Caso ocorram **faltas por motivo de doença**, deverei avisar com antecedência ou posteriormente, num prazo de 24 horas, trazendo **atestado médico na sessão seguinte**;
- **Não são permitidos atrasos** nas terapias, ficando impossibilitado de entrar na sala de atendimento após 10 minutos do horário agendado e acarretando a perda da sessão daquele dia. **A critério do Terapeuta, atrasos frequentes, sem justificativas, poderão implicar no desligamento ao tratamento**;
- Estou ciente da importância de **minha participação e da minha família durante todo o processo terapêutico**. Havendo **falta de evolução** do caso ou **desinteresse por parte do usuário e/ou de sua família com relação ao tratamento, seja adulto ou criança, fica a critério do Terapeuta, a interrupção da terapia**;
- **Devo manter meus telefones sempre atualizados** para possíveis contatos em casos de imprevistos.

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo usuário \_\_\_\_\_, estou ciente e de acordo com todas as normas estabelecidas pela Clínica/Unidade de Reabilitação citadas acima.

Assinatura:

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## **APÊNDICE E - Critérios de elegibilidade**

Para análise da continuidade das sessões de fisioterapia, o usuário deverá apresentar pelo menos um dos critérios elencados a seguir:

- Pós-cirúrgico traumato-ortopédico recente (até 6 meses a contar da data da cirurgia);
- Tratamento conservador de fraturas (até 6 meses a contar da data da fratura);
- Criança até 4 anos com lesão ortopédica congênita ou adquirida ao nascimento com tratamento conservador;
- Aplicação de botox recente (até 4 meses);
- Paralisia facial recente (até 3 meses);
- Condições com imobilidade prévia (até 3 meses);
- Sintomas agudos de patologias não traumáticas (até 2 meses);
- Pós-cirúrgico cardiovascular (até 1 ano a contar da data da cirurgia) ou manifestação de doença coronária ou risco para doença arterial coronária;
- Pós-cirúrgico torácico recente (até 6 meses a contar da data da cirurgia);
- Pós-cirúrgico oncológico (até 6 meses a contar da data da cirurgia);
- Pós-cirúrgico uroginecológico (até 6 meses a contar da data da cirurgia);
- Condição uroginecológica conservadora.

**APÊNDICE F - Modelo de Relatório Terapêutico Individual**

(Inserir, preferencialmente, logo marca da instituição)

**RELATÓRIO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL**

<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</u></b>		
Nome:		DN: __/__/____
Responsável:		
Endereço:		
CRA:	Prontuário:	CPF:
Telefones:		

<b><u>PLANO TERAPÊUTICO</u></b>
Diagnóstico Fisioterapêutico:
Objetivos e intervenções terapêuticas:
Evolução terapêutica e justificativa da continuidade:

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fisioterapeuta Responsável: \_\_\_\_\_.

Registro Profissional: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

## APÊNDICE G - Indicadores de qualidade da credenciada (adaptado FENAFISIO, 2017)

### Indicador 1 - produtividade

*Objetivo:* Avaliar a proporção de fisioterapeutas com a quantidade de atendimentos realizados.

*Fonte:* CNES e SAMS.

*Periodicidade:* Quadrimestral.

*Resultado:* O resultado desse domínio proporcionará discussões sobre o dimensionamento de profissionais para assistência fisioterapêutica e ações corretivas de gestão que deverão ser assumidas pelo próprio prestador.

*Meta:* Aproximadamente 480 atendimentos mensais por 6 horas de cada fisioterapeuta, conforme parâmetros assistenciais norteadores amparados na Resolução nº44, de 26 de abril de 2014, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e na Portaria MS/GM nº 1.631, de 01º de outubro de 2015.

Número total de atendimentos mensais

---

Número de profissionais

### Indicador 2 - efetividade

*Objetivo:* Avaliar a adesão de usuários nos protocolos instituídos (poderá ser por amostragem).

*Fonte:* SAMS.

*Periodicidade:* Quadrimestral.

*Resultado:* A adesão nesse domínio será considerada como melhor assistência se a equipe de fisioterapeutas incluir o usuário no protocolo estabelecido como melhor prática. Entende-se como adesão ao protocolo, o usuário que concluir a reabilitação, com no máximo três faltas justificadas ou não.

*Meta:* ≥70%.

Número total de usuários que foram incluídos e aderiram ao protocolo

---

Número total de usuários conforme critérios de inclusão

x100%



### **Indicador 3 - satisfação do usuário**

*Objetivo:* Avaliar a satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado pela equipe de fisioterapia através de questionário de satisfação (anexo A), considerando o valor 4 para “ótimo”, valor 3 para o “bom”, o valor 2 para “ruim” e o valor 1 para o “péssimo”.

*Fonte:* Aplicação mensal do questionário de satisfação (anexo A) – mínimo de 10 usuários por mês.

*Periodicidade:* Quadrimestral.

*Resultado:* O resultado desse domínio proporcionará ações corretivas de gestão que deverão ser assumidas pelo próprio prestador.

*Meta:* ≥75%.

$$\frac{\text{Média do valor total obtido na pesquisa de satisfação}}{\text{Valor total da pesquisa de satisfação (40)}} \times 100\%$$

### **Indicador 4 – reclamações registradas pela Ouvidoria e/ou 156**

*Objetivo:* Responder todas as reclamações dos usuários encaminhadas pela Secretaria de Saúde via Ofício e/ou e-mail oficial, em até 10 dias.

*Fonte:* Análise das reclamações e respostas da clínica credenciada.

*Periodicidade:* Quadrimestral.

*Resultado:* O resultado desse domínio proporcionará ações corretivas de gestão que deverão ser assumidas pelo próprio prestador.

*Meta:* Ausência de reclamações ou envio da resposta em até 10 dias da data de recebimento.

### ANEXO A- Questionário de satisfação

Prezado cliente, nosso objetivo é contribuir para o seu bem-estar e assim sua opinião é fundamental. Solicitamos que assinale em uma escala de Ótimo, Bom, Ruim ou Péssimo, sua percepção em relação à qualidade do atendimento recebido, para que possamos sempre aprimorar os serviços prestados.

1) Cordialidade/gentileza do fisioterapeuta.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
2) Apresentação pessoal.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
3) Explicações oferecidas com clareza pelo fisioterapeuta sobre o seu tratamento no primeiro contato.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
4) Atenção e cuidado ao paciente.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
5) Habilidade profissional.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
6) Tempo de atendimento.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
7) Horários de atendimento convenientes.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
8) Prontidão em atender aos pedidos ou reclamações do paciente.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
9) Privacidade durante sua sessão de fisioterapia.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
10) O ambiente/estrutura no qual é realizado o atendimento.			
Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo

Observações e/ou sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.