

SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA

Objeto: **Contratação de prestação de serviços de fisioterapia ambulatorial.**

Tipo de contratação: **Credenciamento**

01 - INTRODUÇÃO

(Dec. Mun. 7077/24 art. 12º § 5º inc. I:)

1.1. Este Termo de Referência visa subsidiar o processo de credenciamento de empresas para a prestação de serviços de fisioterapia ambulatorial aos usuários do SUS, atendendo à demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Cândia Mota/SP, observando os princípios da eficiência, economicidade e interesse público.

02 - DA DEFINIÇÃO DO OBJETO

2.1. Contratação, por credenciamento, de empresas especializadas na prestação de **serviços de fisioterapia ambulatorial**, com profissionais habilitados, para atendimento de pacientes do SUS mediante prescrição médica, na sede do município e nos distritos de Frutal do Campo, Santo Antônio do Paranapanema, Nova Alexandria e Patrimônio São Benedito.

03 - DO FUNDAMENTO DA CONTRATAÇÃO

3.1. A contratação justifica-se diante da demanda crescente por reabilitação física e da insuficiência da rede própria municipal para atender de forma plena e oportuna. A adoção do modelo de credenciamento atende à legislação vigente e possibilita a ampliação da oferta de serviços com economicidade e flexibilidade de execução.

04 - DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

4.1. A solução consiste na contratação descentralizada de serviços fisioterapêuticos ambulatoriais por meio de empresas credenciadas, com remuneração por atendimento realizado, conforme Tabela SUS (1,2x valor de referência). Os serviços serão executados em estrutura do prestador, seguindo protocolos clínicos e critérios técnicos estabelecidos.

Referência: Tabela SUS – SIGTAP

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp sbp.org.br+11>



SECRETARIA DE SAÚDE

05 - DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1. O que a empresa precisará:

- Empresa com registro ativo no CREFITO;
- Profissionais com registro regular no CREFITO;
- Atendimento mediante prescrição médica com plano terapêutico individualizado;
- Emissão de RELATÓRIO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO (ANEXO 1) conforme Resolução COFFITO nº 403/2011 e 424/2013;
- Execução de procedimentos conforme códigos e valores da Tabela SUS (SERÁ PAGO 1,2 DO VALOR DA TABELA POR PROCEDIMENTO REALIZADO);
- Estrutura mínima para atendimento em sede e distritos.

06 - DO MODELO DE EXECUÇÃO E DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1. O contrato será executado por **demanda**, com prestação dos serviços na sede do prestador. A gestão será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do gestor e fiscal designados, com acompanhamento da produção, conferência dos relatórios e validação para pagamento.

Gestor do **Contrato:**
Nome: Débora de Cássia Barbosa Freire Gomes
Cargo: Diretora de Administração e Prestação de Contas
RG: 40.571.811-1
CPF: 380.555.648-92
E-mail: debora.pmcm@gmail.com

Fiscal do **Contrato:**
NOME COMPLETO: Joicy Fontana Frazão Gonçalves
CARGO: Diretor de Unidade Básica de Saúde (cargo de origem: Agente Administrativo)
RG: 40571890-1
CPF: 317.662.398-46
E-mail: joicyfontana@gmail.com

07 - DO CRITÉRIO DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

7.1. O pagamento será efetuado com base nos atendimentos efetivamente realizados, conforme os valores unitários dos procedimentos estabelecidos na Tabela SUS. O controle será realizado por meio da apresentação de relatório mensal de atendimentos, devidamente assinado pelos profissionais e auditado pelo Departamento de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.



SECRETARIA DE SAÚDE

08 - DA FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. A seleção será realizada por meio de credenciamento público, conforme disposto no art. 79 da Lei nº 14.133/2021, assegurando a ampla participação de profissionais que atendam aos requisitos mínimos estabelecidos em edital. Todos os profissionais credenciados estarão habilitados a prestar os serviços, sendo facultado ao paciente o direito de escolher, entre os credenciados, o profissional de sua preferência para realização do atendimento, mediante liberação de guia de prescrição pela Secretaria Municipal de Saúde.

09 - DAS ESPECIFICAÇÕES DO PRODUTO E DO SERVIÇO

9.1. Serviços de fisioterapia ambulatorial conforme classificação da Tabela SUS, com foco em reabilitação motora, respiratória, neurológica, cardiovascular, oncológica e uroginecológica. Os atendimentos deverão ser realizados por fisioterapeutas habilitados, com emissão de relatórios clínicos.

Relatório Sintético de Procedimentos

Código Sigtap	Código Fiorilli	Procedimento	Valor unitário do procedimento - 1 Tabela	Valor unitário do procedimento - 1,2 Tabela
03.02.01.001-7	66.019.758	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS - 03.02.01.001-7	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.01.002-5	66.019.759	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS - 03.02.01.002-5	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.02.002-0	66.019.760	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO - 03.02.02.002-0	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.02.003-9	66.019.761	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA - 03.02.02.003-9	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.03.001-8	66.019.762	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO - 03.02.03.001-8	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.03.002-6	66.019.763	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS - 03.02.03.002-6	R\$ 6,35	R\$ 7,62



SECRETARIA DE SAÚDE

03.02.04.001-3	66.016.895	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - 03.02.04.001-3	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.04.002-1	66.014.558	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - 03.02.04.002-1	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.04.003-0	660.198.764	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR - 03.02.04.003-0	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.04.004-8	66.016.896	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR - 03.02.04.004-8	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.04.005-6	66.019.765	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS - 03.02.04.005-6	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.04.006-4	66.019.766	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - 03.02.04.006-4	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.05.001-9	66.016.897	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - 03.02.05.001-9	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.05.002-7	66.019.767	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS - 03.02.05.002-7	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.06.001-4	66.016.899	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - 03.02.06.001-4	R\$ 4,67	R\$ 5,60
03.02.06.002-2	66.014.562	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - 03.02.06.002-2	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.06.003-0	66.019.768	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR - 03.02.06.003-0	R\$ 4,67	R\$ 5,60





SECRETARIA DE SAÚDE

03.02.06.004-9	66.019.769	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO - 03.02.06.004-9	R\$ 6,35	R\$ 7,62
03.02.06.005-7	66.014.560	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA - 03.02.06.005-7	R\$ 6,35	R\$ 7,62

Os serviços objeto deste credenciamento serão prestados exclusivamente nas dependências das clínicas privadas dos profissionais credenciados, localizadas no Município de Cândido Mota, abrangendo os seguintes locais: sede do município, Distrito de Frutal do Campo, Distrito de Santo Antônio do Paranapanema, Distrito de Nova Alexandria e Patrimônio São Benedito.

As clínicas deverão estar devidamente habilitadas e equipadas com toda a estrutura necessária para garantir a qualidade dos atendimentos, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. É obrigatório que os estabelecimentos atendam, no mínimo, aos seguintes requisitos:

- Estrutura física acessível a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;
- Banheiros em condições adequadas de uso e acessibilidade;
- Disponibilidade de água potável;
Ambientes que garantam atendimento digno, seguro e humanizado;
- Cumprimento integral das normas sanitárias, legais e regulatórias vigentes.

A manutenção da estrutura física, fornecimento de materiais e insumos, disponibilização de pessoal técnico habilitado e demais condições necessárias ao adequado funcionamento dos serviços são de responsabilidade exclusiva do prestador credenciado.

O pagamento será realizado mensalmente, com base na produção efetivamente validada pela Secretaria Municipal de Saúde. O profissional deverá apresentar o informe de produção mensal ao setor de Auditoria da Secretaria, que fará a conferência e validação dos dados. Após essa etapa, o processo será encaminhado ao Departamento de Administração para emissão do empenho. De posse do empenho, o prestador deverá emitir a nota fiscal correspondente. O prazo para pagamento será de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da nota fiscal pela Prefeitura Municipal, conforme prevê a legislação vigente.

É vedada qualquer forma de cobrança direta ao paciente, sendo os atendimentos realizados integralmente nas clínicas dos prestadores credenciados, de forma gratuita aos usuários do SUS.

11 - DA GARANTIA

11.1. Por se tratar de serviço continuado de natureza técnica, a garantia recai sobre a qualidade da prestação, a ser verificada por meio da resolutividade e acompanhamento dos relatórios de evolução dos pacientes.





SECRETARIA DE SAÚDE

12 - DA ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

12.1. Com base na estimativa de demanda mensal e valor unitário de 1,2x a Tabela SUS, o custo mensal estimado é de **R\$ 6.432,60**, totalizando aproximadamente **R\$ 77.191,20 anuais**, conforme planilha de procedimentos constantes do Estudo Técnico Preliminar.

13 - DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E COMPATIBILIDADE

13.1. A despesa possui previsão no orçamento municipal vigente e será custeada com recursos próprios e/ou transferências do SUS. A contratação está compatível com o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

14 - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

14.1. O presente Termo de Referência atende às exigências legais e técnicas para a contratação de serviços por meio de credenciamento, nos termos da Lei nº 14.133/2021, assegurando economicidade, eficiência e efetividade na prestação de serviços fisioterapêuticos ambulatoriais à população do Município de Cândido Mota. O modelo de credenciamento se apresenta como a solução mais adequada, legal e eficaz para atender à crescente demanda por esses serviços, permitindo o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com ampliação do acesso, descentralização da oferta, equidade na distribuição dos atendimentos e maior controle da execução. Essa forma de contratação representa um importante avanço na qualificação do cuidado, garantindo serviços com qualidade e em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.



SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO I DO TERMO DE REFERÊNCIA – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

O Relatório de Atendimento Fisioterapêutico é um documento obrigatório para a autorização, acompanhamento e encerramento dos atendimentos prestados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. O relatório deverá ser preenchido corretamente pelo profissional fisioterapeuta responsável pelo atendimento, contendo, obrigatoriamente, os seguintes campos:

- 1. Diagnóstico Fisioterapêutico**
Descrição clínica e funcional do quadro do paciente, fundamentada na avaliação fisioterapêutica.
- 2. Objetivos do Tratamento**
Metas terapêuticas definidas conforme a necessidade do paciente, com base na disfunção identificada.
- 3. Procedimentos Realizados**
Técnicas e abordagens aplicadas durante o tratamento fisioterapêutico.
- 4. Evolução Clínica do Paciente**
Registro da resposta do paciente aos atendimentos, com observações progressivas a cada sessão.
- 5. Conclusão e Conduta**
Finalização do plano terapêutico, com alta ou reavaliação médica.



SECRETARIA DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

(Conforme Resoluções COFFITO nº 403/2011 e 424/2013)

Dados do Paciente

Nome completo: _____
 Cartão SUS: _____ Cor: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____

1. Diagnóstico Fisioterapêutico

Descrever queixa principal, diagnóstico clínico e avaliação fisioterapêutica inicial: dor, amplitude de movimento, força, função, etc.

Procedimento da Conduta

Nome: _____ CID: _____ TABELA: _____

2. Objetivos do Tratamento

Redução da dor
 Melhora da amplitude de movimento
 Fortalecimento muscular
 Reeducação funcional
 Outro: _____

3. Procedimentos Realizados

Cinesioterapia ativa e resistida
 Cinesioterapia passiva
 Fortalecimento e propriocepção
 Terapia manual (mobilizações, liberação miofascial)
 Recursos físicos (crioterapia, termoterapia e
 Orientações funcionais e ergonômicas
 Outro: _____

4. Evolução Clínica do Paciente

Descrever evolução durante as 10 sessões: redução da dor, ganho de movimento, melhora da força, funcionalidade, etc.

Data: ___/___/___ 01 - _____
 Data: ___/___/___ 02 - _____
 Data: ___/___/___ 03 - _____
 Data: ___/___/___ 04 - _____
 Data: ___/___/___ 05 - _____
 Data: ___/___/___ 06 - _____
 Data: ___/___/___ 07 - _____
 Data: ___/___/___ 08 - _____
 Data: ___/___/___ 09 - _____
 Data: ___/___/___ 10 - _____

5. Conclusão e Conduta

Alta Reavaliação OBS: _____

Responsável Técnico

Nome do Fisioterapeuta: _____
 Registro Profissional: _____
 Assinatura: _____
 Data: ___/___/___

Autorização Secretaria de Saúde

Condições para Início e Execução dos Atendimentos

- O Relatório de Atendimento Fisioterapêutico deverá ser entregue ao paciente pela Secretaria Municipal de Saúde, devidamente carimbado e assinado pelo responsável do setor de Regulação.





SECRETARIA DE SAÚDE

- Somente com esse documento autenticado será permitida a realização dos atendimentos.
- O profissional fisioterapeuta deverá realizar avaliação individual do paciente a cada sessão, com os registros devidamente preenchidos no relatório.
- Estão autorizadas, inicialmente, 10 (dez) sessões por paciente. A continuidade do tratamento dependerá de nova avaliação clínica e autorização prévia da Secretaria.
- A Conclusão e Conduta, ao final do ciclo de atendimento, é obrigatória e deve estar corretamente preenchida no relatório, sendo documento essencial para composição do prontuário e para fins de auditoria.

Cândido Mota 21 de Julho de 2025.

Débora de Cássia Barbosa Freire Gomes
Assinatura e carimbo do responsável pela elaboração

Vânia Cavalcanti Pereira Marin
Secretária de Saúde

