

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023**

**ANEXO I. XIX**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**FISIOTERAPIA ELETIVA/AMBULATORIAL/DOMICILIAR**

O presente termo tem como objetivo viabilizar o credenciamento de prestadores de serviços de assistência à saúde para a execução do procedimento em **FISIOTERAPIA ELETIVA/AMBULATORIAL e DOMICILIAR**, a ser realizado no estabelecimento próprio do prestador do serviço, para assistência ao Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE.

**PRESIDÊNCIA**

**Walter Gomes Pinheiro Junior**

**DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IPESAÚDE**

**Sylvio Maurício Mendonça Cardoso**

**DIRETORIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE – IPESAÚDE**

**Priscila Kitawara Mitidieri**

**ARACAJU/SE**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**SERVIÇO PARA A EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTO EM FISIOTERAPIA  
ELETIVA/AMBULATORIAL E DOMICILIAR NO ESTABELECIMENTO PRÓPRIO DO  
PRESTADOR DE SERVIÇO.**

**1. OBJETO**

1.1. O objeto do presente termo é o credenciamento de pessoas jurídicas para prestadores de serviços de assistência à saúde para a execução de procedimento de **FISIOTERAPIA ELETIVA / AMBULATORIAL e DOMICILIAR a ser realizado no estabelecimento próprio do prestador do serviço** para melhoria da assistência aos beneficiários do Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE.

1.2. Com o objetivo de garantir e ampliar o atendimento aos pacientes que necessitam de tratamento e atendimento, com a finalidade de ofertar assistência integral aos usuários do IPESAÚDE, no que se refere ao atendimento especializado, contribuindo assim para a melhoria da assistência e do atendimento ofertado.

**1.3. CREDENCIAMENTO POR QUANTIDADE PREESTABELECIDADA**

1.3.1 Este Edital possibilitará o credenciamento de **02 (duas) vagas** para essa especialidade, de pessoas jurídicas para FISIOTERAPIA ELETIVA / AMBULATORIAL / DOMICILIAR com atendimento imediato junto ao IPESAÚDE, e **02 (duas) vagas** para cadastro reserva, desde que atendidos os requisitos pautados neste regimento e assinado o termo de credenciamento.

1.3.2 O ofício com interesse em participar do credenciamento deverá ser apresentado contendo toda documentação necessária segundo o Edital 01/2023 e este termo de referência via protocolo externo no EDOC-SE.

**2. JUSTIFICATIVA**

2.1. Justifica-se a contratação deste serviço objeto deste termo para garantir a continuidade dos atendimentos em Fisioterapia de forma humanizada, ética e digna, visando oferecer uma melhor qualidade de vida para os pacientes, além de proporcionar o tratamento adequado conforme indicação do médico especialista.

2.2. A contratação desse serviço possibilitará a ampliação de acesso aos beneficiários e dar maior celeridade no cuidado aos pacientes com quadros de tratamento, ofertando atendimento para demonstração inicial destes.

2.3. Considerando o intuito de se obter proposta mais vantajosa e que atenda aos

princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade, o referido processo dar-se-á sem preço de referência máximo para o serviço objeto deste Termo de Referência.

### **3. CONDIÇÕES GERAIS**

3.1. A participação neste Edital implica na aceitação plena e irrevogável das normas constantes do presente Edital.

3.2. Não poderão participar do presente Edital entidades que:

3.2.1 Estejam com seus cadastros cancelados, suspensos e/ou que tenham sido declaradas impedidas de se cadastrarem ou se credenciarem com o IPESAÚDE, enquanto perdurar o impedimento.

3.2.2 Tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública Federal Estadual e Municipal, enquanto perdurar o motivo determinante da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

3.2.3 O IPESAÚDE poderá revogar o presente Chamamento por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta devendo anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer por escrito e devidamente fundamentado.

3.2.4 As entidades interessadas que tiverem dúvidas na interpretação dos termos deste Edital serão atendidas pelo Ipesaúde, através da Gerência de Credenciamento (GECRED) das 07:00h às 13:00horas.

3.2.5 As situações não previstas neste Edital, aquelas decorrentes de casos fortuitos ou de força maior, serão resolvidos pelo IPESAÚDE conforme o caso.

### **4. ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO CREDENCIADO**

4.1 A CONTRATADA deverá possuir profissionais habilitados ao desempenho de funções específicas direcionados ao perfil dos pacientes para as quais foram admitidos, devendo, tais profissionais estarem aptos para atendimento adulto e pediátrico de acordo com a necessidade da CONTRATANTE, visando as áreas de Fisioterapia motora, ortopédica, neurológica e urinária.

4.1.1. Os profissionais que atuarão nas dependências da CONTRATANTE deverão comprovar que possuem formação em Fisioterapia e deverão ter registro ativo no sistema Crefito (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional).

4.1.2. Certificado de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) no respectivo Conselho;

4.1.3. Indicação do(s) representante(s) legal(ais), acompanhado do documento de identificação com foto e CPF;

4.1.4. Relação nominal do corpo clínico com a respectiva carga horária, contendo: nome, CPF, Título de especialista e número de registro no respectivo Conselho e Comprovação de Qualificação;

4.1.5. Identificação e escala com carga horária dos Fisioterapeutas que trabalham na clínica;

4.1.6. Relatório com descrição do espaço físico disponível para atendimento;

4.1.7. O contratante deverá apresentar um relatório dos equipamentos e insumos disponíveis na clínica;

4.1.8. Atender às Normas de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, de acordo com a NBR 9050/2020;

4.1.9. As empresas habilitadas poderão, de acordo com a necessidade do Ipesaúde, ser convocadas a assinar Termo de Credenciamento provisório, até a decisão definitiva que se dará pela conclusão da fase de inspeção técnica (vistoria);

4.1.10. A referida Inspeção Técnica será realizada nas empresas habilitadas, com agendamento prévio.

4.1.11. Certificado de inscrição da pessoa jurídica emitido pelo conselho regional;

4.1.12. Alvará de Localização e funcionamento atualizado, bem como Documento comprobatório da regularidade sanitária, nos termos da legislação, relativo ao serviço a ser credenciado (Alvará Sanitário ou relatório de inspeção sanitária emitido pela unidade competente), se o caso;

#### **4.2. Do Atendimento:**

4.2.1. O serviço a ser contratado deverá ser prestado nos estabelecimentos do prestador, com abrangência estadual.

4.2.2. O contratado prestará assistência mediante realização de **biometria facial**, a qual deverá ser executada a cada sessão individualmente.

4.2.3. O contratado disponibilizará por sua conta webcam para execução do item anterior.

4.2.4. Os requisitos mínimos para utilizar o sistema: navegador Google Chrome Versão 128.0.6613.85 Microsoft Edge Versão 128.0.2739.54 Webcam com no mínimo resolução HD 720p Imagem com resolução de 3 Mpx

#### **4.3. DA FISIOTERAPIA AMBULATORIAL**

4.3.1 O serviço ora contratado será prestado em regime ambulatorial e eletivo, mediante prescrição médica, onde o beneficiário deverá, munido de Carteira do Ipesaúde válida e documento com foto, comparecer ao Centro de Reabilitação Maria Leite Virgínia Franco (Rua Dom José Thomaz nº331, Bairro São José, Aracaju/SE), para solicitar a respectiva autorização. Cada Guia SADT somente deverá liberar o máximo de 10 sessões de fisioterapia;

4.3.2. O horário da sessão dos serviços deverá ser de **40 a 60 minutos**, seja em grupo ou individual a depender da patologia de cada paciente;

4.3.3. As referidas prescrições médicas deverão conter, impreterivelmente, a descrição do procedimento solicitado, o nome do beneficiário, a data da solicitação, a identificação do profissional médico com nome, CRM e justificativa técnica do pedido;

4.3.4. As empresas credenciadas deverão se negar ao atendimento do beneficiário que não tiverem com a biometria devidamente cadastrada, que tenha sido excluído do Plano ou com a biometria vencida/não reconhecida sob qualquer hipótese;

4.3.5. As autorizações de procedimento de fisioterapia ficam limitadas a **até 08 (oito) sessões por mês**, por beneficiário;

4.3.6. Toda guia SADT deverá ser devidamente preenchida, sem rasuras, constando os seguintes campos: nome do paciente, número do cartão de identificação, atendimento eletivo, nome e CRM do profissional solicitante, data do atendimento e assinatura do paciente ou responsável por sessão;

4.3.7. Só serão encaminhados beneficiários para as clínicas credenciadas quando a demanda superar a capacidade de atendimento do Centro de Reabilitação Maria Virgínia Leite Franco e das Unidades próprias do Ipesaúde;

4.3.8. Para que seja dado início ao tratamento nas Clínicas de fisioterapia credenciadas do Ipesaúde, os beneficiários deverão levar a Guia SADT previamente autorizada, acompanhado de uma prescrição médica original;

4.3.9. Para cada nova solicitação de autorização de sessões de fisioterapia será necessário uma nova prescrição médica original;

4.3.10. O Ipesaúde poderá solicitar a presença dos beneficiários para realização de perícias prévias, com finalidade de averiguar a necessidade de realização dos procedimentos e seus corretos enquadramentos, de acordo com as normas regulamentares previstas no regulamento do Ipesaúde;

#### **4.4. DA FISIOTERAPIA DOMICILIAR**

4.4.1. No âmbito do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), os atendimentos de fisioterapia serão realizados no domicílio do beneficiário, de forma eletiva e mediante prescrição médica. Após a solicitação da autorização, o beneficiário receberá uma visita técnica da equipe do Ipesaúde para avaliação e confirmação da real necessidade do atendimento domiciliar, conforme critérios estabelecidos pelo Programa.

4.4.2. Para formalizar a solicitação, o beneficiário deverá apresentar Carteira do Ipesaúde válida e documento com foto ao setor responsável pelo PAD. Cada Guia SADT autorizará, **no máximo, 10 (dez) sessões por vez**.

4.4.3. A duração de cada sessão deverá ser de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) minutos, com atendimento individual, conforme a patologia e necessidade clínica do paciente.

4.4.4. A prescrição médica deverá conter, obrigatoriamente: descrição do procedimento, nome do beneficiário, data da solicitação, nome completo e CRM do médico

solicitante, além da justificativa técnica para atendimento domiciliar.

4.4.5. Ficam limitadas a **até 10 (dez) sessões mensais** de fisioterapia domiciliar por beneficiário.

4.4.6. A Guia deverá estar corretamente preenchida, sem rasuras, contendo os seguintes dados: nome do paciente, número do cartão Ipesaúde, indicação de atendimento domiciliar, nome e CRM do profissional solicitante, data da sessão e assinatura do paciente ou responsável.

4.4.7. O atendimento fisioterapêutico domiciliar será reservado a beneficiários acamados ou com limitações funcionais que impossibilitem o deslocamento, mediante justificativa médica. Encaminhamentos para clínicas credenciadas só ocorrerão quando houver demanda superior à capacidade da rede própria ou em casos fora do perfil domiciliar.

4.4.8. Para início do atendimento, o beneficiário deverá apresentar ao profissional da clínica credenciada a Guia previamente autorizada, acompanhada da prescrição médica original.

4.4.9. Cada nova solicitação de sessões exigirá a apresentação de nova prescrição médica original atualizada.

4.4.10. O Ipesaúde poderá realizar perícias prévias ou visitas domiciliares, com o objetivo de confirmar a necessidade do atendimento, o correto enquadramento do procedimento e a regularidade do serviço, conforme normas institucionais.

4.4.11. O serviço de fisioterapia domiciliar será disponibilizado exclusivamente para beneficiários residentes em Aracaju e na Região Metropolitana de Aracaju.

## **5. DA REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA**

5.1 A critério do IPESAÚDE, serão realizadas visitas técnicas, por equipe designada pela instituição, nas instalações dos interessados habilitados ao credenciamento, para emissão de parecer sobre as condições da área física do serviço, higiene, biossegurança, acessibilidade, identificação do funcionamento, dos equipamentos técnicos e insumos declarados e necessários à realização da atividade pretendida, observando-se a legislação vigente e recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

5.2 A visita técnica de que trata o item anterior será realizada após a conclusão da análise documental, a qualquer momento, conforme critério do IPESAÚDE, inclusive na vigência do contrato de credenciamento, e emitido parecer técnico que, sendo desfavorável, implicará a não habilitação ou o descredenciamento.

5.3 As visitas têm objetivo de garantir a qualidade dos serviços a serem contratados, observando-se a garantia do atendimento, de forma a não gerar desassistência aos beneficiários do IPESAÚDE. Comprovando assim a Capacidade Técnica para execução dos serviços oferecidos, atestados pelo respectivo Conselho Regional (Laudo de Vistoria).

## **6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA**



6.1 Ao IPESAÚDE fica assegurado o direito de supervisionar e auditar por meio de pessoal que designar para este fim, o cumprimento das condições estabelecidas, a realização dos serviços técnicos, o movimento dos atendimentos e o volume das despesas.

6.1.1 O credenciado se obriga a proporcionar aos Supervisores e Auditores do IPESAÚDE, as facilidades e condições necessárias ao desempenho de suas funções. A qualquer tempo poderá ser realizada auditoria integral ou por amostragem em todas as autorizações emitidas e cobradas pelos prestadores ao IPESAÚDE;

6.1.2 A empresa credenciada deverá apresentar, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a conta física (Guia SADT devidamente assinada pelo paciente ou responsável e prescrição médica original), o Ofício via E-Doc e em meio físico (constando valor, número da PEG Web e/ou Arquivo XML, mês e ano de referência) no Setor de Protocolo do IPESAÚDE.

6.1.3 As faturas remetidas ao Ipesaúde em prazo superior a 90 (noventa) dias da realização do procedimento ou da alta hospitalar serão rejeitadas.

6.1.4 Será realizada auditoria em todas as guias SADT emitidas pelo IPESAÚDE para fisioterapia pelo Setor de Contas do IPESAÚDE;

6.1.5 Os códigos de fisioterapia deverão ser preenchidos de acordo com a prescrição médica original devidamente datada com justificativa médica;

6.1.6 Guias SADT preenchidas com o código de fisioterapia diferente da solicitação médica serão glosados;

6.1.7 As sessões de fisioterapia deverão ser executada via biometria facial diariamente na Guia SADT, pois somente serão pagas as sessões devidamente feitas por biometria facial;

6.1.8 Só serão aceitas prescrições médicas originais, datadas, contendo identificação do beneficiário, identificação do médico – CRM e CID, quando for o caso justificativa médica;

6.2. O serviço prestado pela equipe contratada será acompanhado mediante análise dos prontuários dos pacientes e demais documentos que comprovem a realização, bem como a qualidade técnica dos serviços prestados, como exames complementares, relatório e pareceres médicos e demais membros da equipe assistente. Serão utilizados para essa análise os instrumentos da Auditoria concorrente e retrospectiva.

## **7 DOS VALORES**

7.1 Os procedimentos serão pagos de acordo com os valores especificados na Tabela Própria do IPESAÚDE; entendido, este preço, como justo e suficiente para a total execução do presente objeto, divulgada e atualizada no site [www.ipesaude.se.gov.br](http://www.ipesaude.se.gov.br).

7.2 Os valores estabelecidos para pagamento são fixos, só podendo ser modificados em caso de atualização da Tabela IPESAÚDE.

7.3 É vedada a cobrança de quaisquer valores, a qualquer título, pelo atendimento,

agendamento ou serviço prestado ao beneficiário devidamente autorizado pelo IPESAÚDE, sendo a cobrança indevida motivo que enseja o descredenciamento do prestador.

## **8. DA FISCALIZAÇÃO**

8.1 Os prestadores contratados serão fiscalizados por servidor integrante do quadro **De Fiscais de Contrato**, designado através de Portaria da Presidência, a quem caberá o acompanhamento de todos os contratos oriundos deste Termo de Referência, e atesto nas respectivas notas fiscais de prestação de serviços.

8.2 O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato. Quaisquer exigências da fiscalização do contrato inerentes ao objeto deverão ser prontamente atendidas pela CONTRATADA.

8.3 Em caso de não conformidade do serviço prestado com as exigências administrativas, a CONTRATADA será notificada, por escrito, sobre as irregularidades apontadas, para as providências.

Aracaju, 02 de junho de 2025