



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEFES



DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES - FISIOTERAPIA (PESSOA FÍSICA E PESSOA JURÍDICA)

RAZÃO SOCIAL/NOME DO PROFISSIONAL E ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO	
Razão social/Nome do profissional:	
CNPJ ou CPF:	
Rua:	nº
Complemento:	Bairro:
CEP:	E-mail:
	Telefone:
RESPONSÁVEL LEGAL (APENAS NO CASO DE PESSOA JURÍDICA)	
Nome:	
Número documento (CPF):	
RESPONSÁVEL TÉCNICO (APENAS NO CASO DE PESSOA JURÍDICA)	
Nome:	
Número registro no conselho de classe:	
RELAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTABELECIMENTO	
Marque TODAS as alternativas que refletem a sua realidade, sendo PESSOA FÍSICA ou PESSOA JURÍDICA	
1.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área traumato-ortopédica, pilates, RPG, osteopatia, terapia manual. Terapia baseada em exercícios, mobilizações, terapia manual e recursos terapêuticos como eletrotermofototerapia. <u>NÃO REALIZA de procedimentos invasivos, como agulhamento a seco (dry-needling), acupuntura, infiltração e/ou similares.</u>
2.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área de neurologia, SEM a realização de procedimentos invasivos, terapia baseada em exercícios, mobilizações e terapia manual.
3.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área pediátrica, com tratamento baseado em exercícios, mobilizações, terapia manual, com ou sem a utilização de recursos terapêuticos como eletrotermofototerapia.
4.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia baseado em consulta e avaliação fisioterapêutica, como avaliação da pisada (baropodometria).
5.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área de pneumologia (respiratória) e/ou cardiometabólica, SEM a utilização de recursos terapêuticos complementares, como estimuladores de incentivo, treinadores de musculatura respiratória (power breath e similares), utilização de pressão positiva em vias aéreas (CPAP, BIPAP, ventilação mecânica) e / ou terapia de desobstrução com aspiração de vias áreas.
6.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área dermatofuncional (estética ou pós operatória). Terapia baseada em exercícios, mobilizações, terapia manual, massagem terapêutica e recursos terapêuticos complementares como eletrotermofototerapia e bandagem funcional. NÃO realiza qualquer procedimento invasivo, como estética avançada (aplicação de toxina botulínica, preenchedor, bioestimulador e/ou outros injetáveis).
7.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área traumato-ortopédica, pilates, RPG, osteopatia, terapia manual. Terapia baseada em exercícios, mobilizações, terapia manual e recursos terapêuticos como eletrotermofototerapia. <u>REALIZA procedimentos como agulhamento a seco (dry-needling), acupuntura, infiltração e/ou similares.</u>
8.	<input type="checkbox"/> Atendimento de fisioterapia na área de reabilitação aquática (hidroterapia);



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEFES



9. () Atendimento de fisioterapia na área de acupuntura;
10. () Atendimento de fisioterapia na área de reabilitação pélvica (uroginecológica e proctológica);
11. () Atendimento de fisioterapia na área de pneumologia (respiratória) e/ou cardiometabólica, com a utilização de recursos terapêuticos complementares, como estimuladores de incentivo, treinadores de musculatura respiratória (power breath e similares), utilização de pressão positiva em vias aéreas (CPAP, BIPAP, ventilação mecânica) e / ou terapia de desobstrução com aspiração de vias áreas.
12. () Atendimento de fisioterapia na área de pneumologia (respiratória), com a utilização de recursos de avaliação pneumofuncional (espirometria).
13. () Atendimento de fisioterapia na área dermatofuncional (estética), com a realização de procedimentos invasivos ou minimamente invasivos em estética avançada (aplicação de toxina botulínica, preenchedor, bioestimulador e/ou outros injetáveis).
14. () Atendimento de fisioterapia com a utilização de Ozonioterapia.
15. () Outros:

RELAÇÃO DE RESÍDUOS GERADOS

Marque TODAS as alternativas que refletem a sua realidade, sendo PESSOA FÍSICA ou PESSOA JURÍDICA

16. () As atividades desenvolvidas geram apenas resíduos comuns (papel toalha para secagem das mãos ou limpeza de superfícies, máscara de procedimentos, copos descartáveis).
17. () As atividades desenvolvidas podem gerar, mesmo que eventualmente, resíduos infectantes (contaminados com sangue, urina, fezes, fluidos corporais), resíduos químicos (restos de produtos e/ou medicamentos utilizados nos procedimentos) e/ou resíduos perfurocortantes (agulhas de acupuntura, dry needling ou similares).

INFORMAÇÃO ACERCA DOS ARTIGOS UTILIZADOS

Marque TODAS as alternativas que refletem a sua realidade, sendo PESSOA FÍSICA ou PESSOA JURÍDICA

18. () Não disponho de artigos de saúde reprocessáveis (apenas artigos de uso ÚNICO, descartados após cada sessão).
19. () Disponho de artigos reprocessáveis (que são reutilizados após a devida limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável).

Campo Grande - MS, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Responsável Legal

Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEFES



DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE - FISIOTERAPIA

2. RESPONSÁVEIS

Responsável Legal (Nome completo) _____
CPF do Responsável Legal _____
Responsável Técnico (Nome completo) _____
CPF do Responsável Técnico _____
Conselho Profissional do Responsável Técnico (CREFITO) / nº _____

3. DECLARAÇÃO

O(a) RESPONSÁVEL LEGAL e o(a) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) acima identificados DECLARAM, sob as penas da legislação sanitária vigente, que o estabelecimento atende e manterá em conformidade os condicionantes sanitários mínimos abaixo relacionados, aplicáveis ao desenvolvimento das atividades de fisioterapia, bem como às modalidades de atendimento eventualmente ofertadas.

4. CONDICIONANTES SANITÁRIAS MÍNIMAS

4.1. Condicionantes gerais (aplicáveis a serviços de saúde)

- 4.1.1 Manter infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais compatíveis com a demanda e com a modalidade assistencial prestada, assegurando condições de higiene, segurança e funcionamento.
- 4.1.2 Garantir abastecimento de água potável e condições sanitárias de limpeza, com reservatório em material apropriado e limpeza periódica (mínimo semestral) ou quando necessário, com comprovação quando aplicável.
- 4.1.3 Adotar rotinas de limpeza e desinfecção de ambientes, superfícies e mobiliários, com produtos regularizados e diluição/preparo conforme orientação do fabricante, mantendo registros quando aplicável.
- 4.1.4 Manter as áreas internas e externas livres de acúmulo de resíduos, materiais inservíveis e coleções líquidas, adotando medidas de prevenção e controle de vetores e pragas urbanas.
- 4.1.5 Implantar e manter Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e rotinas de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final de resíduos, conforme RDC ANVISA n. 222/2018.
- 4.1.6 Disponibilizar e exigir o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) compatíveis com as atividades executadas, inclusive para limpeza e reprocessamento de materiais, quando aplicável.
- 4.1.7 Manter documentos e registros exigíveis pela Autoridade Sanitária disponíveis no ato da fiscalização, garantindo livre acesso ao estabelecimento e às informações pertinentes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEFES



4.2. Condicionantes específicas para atividades de fisioterapia (mínimos essenciais)

- 4.2.1** Manter Responsável Técnico legalmente habilitado para a atividade de fisioterapia, com inscrição ativa no CREFITO, compatível com a natureza e a carga assistencial do serviço.
- 4.2.2** Manter relação atualizada dos profissionais (vínculo e função) e cópias/registro das habilitações profissionais e especialidades quando houver, compatíveis com os procedimentos ofertados.
- 4.2.3** Garantir ambientes assistenciais compatíveis com o porte e o perfil de atendimento, com áreas mínimas e fluxos que evitem cruzamento de sujo/limpo, conforme aplicável, observando requisitos de estrutura física (incluindo acessibilidade).
- 4.2.4** Disponibilizar lavatório/ponto para higiene das mãos em locais estratégicos (áreas assistenciais e apoio), com insumos (sabonete líquido, papel toalha e lixeira com acionamento sem contato manual) e preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos.
- 4.2.5** Manter programa de manutenção preventiva e corretiva predial e de instalações (elétrica, hidráulica, climatização/ventilação), com registros e evidências de execução quando aplicável.
- 4.2.6** Manter programa de manutenção, calibração e segurança elétrica dos equipamentos eletromédicos utilizados em fisioterapia (ex.: ultrassom terapêutico, eletroestimulação, ondas curtas, laser, TENS/FES, esteiras e similares), com registros.
- 4.2.7** Implantar Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) compatíveis com a rotina do serviço, incluindo: higienização das mãos; limpeza e desinfecção de superfícies; limpeza e desinfecção de equipamentos e acessórios entre pacientes; manejo de roupas e toalhas; e condutas em acidentes com material perfurocortante (quando aplicável).
- 4.2.8** Garantir limpeza, desinfecção e/ou esterilização (quando aplicável) de materiais e acessórios reutilizáveis, com definição de critérios e responsabilidade pelo reprocessamento, em conformidade com RDC ANVISA n. 15/2012 e normas correlatas.
- 4.2.9** Quando houver esterilização no serviço ou terceirização, manter evidências do controle do processo (ex.: registros de ciclos, indicadores químicos/biológicos, manutenção/qualificação do equipamento e contrato/licença do prestador terceirizado).
- 4.2.10** Manter controle e organização de produtos para saúde, saneantes e materiais de consumo (armazenamento adequado, integridade das embalagens e controle de validade).
- 4.2.11** Manter frascos/recipientes de soluções e produtos (incluindo almotolias) devidamente identificados (conteúdo, concentração quando aplicável, data de preparo/abertura e validade), com rotina de limpeza e proibição de completar frascos sem higienização prévia.
- 4.2.12** Implementar ações de segurança do paciente e gestão de riscos: identificação de perigos, prevenção de quedas, higiene ambiental, orientação ao paciente e registro de intercorrências/eventos adversos quando aplicável.
- 4.2.13** Manter rotinas de saúde e segurança do trabalhador (ex.: controle de saúde ocupacional, imunização quando indicada, capacitação periódica e registros de treinamento).
- 4.2.14** Se realizar atendimento domiciliar (assistência no domicílio), manter procedimentos e registros específicos para a modalidade (planejamento do cuidado, transporte e higienização de equipamentos, manejo de resíduos gerados e comunicação com paciente/cuidador), conforme RDC ANVISA n. 917/2024, quando aplicável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEFES



- 4.2.15** Quando houver hidroterapia/piscina terapêutica, manter controle operacional e sanitário da água (qualidade, desinfecção, limpeza e registros), bem como condições de vestiários, acessos e prevenção de riscos, conforme legislação aplicável e exigências da Autoridade Sanitária.
- 4.2.16** Manter contrato e evidências de controle de vetores e pragas urbanas quando houver terceirização, ou registros das medidas adotadas, conforme legislação municipal aplicável.

5. CIÊNCIA E RESPONSABILIZAÇÃO

Declaro(amos) estar ciente de que o descumprimento das exigências sanitárias poderá acarretar medidas corretivas, suspensão, cancelamento ou outras sanções administrativas cabíveis, sem prejuízo de responsabilização civil e penal, e de que a Autoridade Sanitária possui livre acesso ao estabelecimento para inspeção a qualquer tempo, atendidas as formalidades legais.

Estou ciente de que o cumprimento das condicionantes acima é de minha inteira responsabilidade podendo o estabelecimento ser fiscalizado a qualquer momento para fins de verificação do cumprimento das Boas Práticas, de acordo com a (s) atividade (s) desenvolvida (s), bem como monitorado pela Autoridade Sanitária competente.

(Assinalar o campo em branco, acima, em concordância).

Campo Grande - MS, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Responsável Legal

Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)