

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 03/2026

Súmula: Dispõe sobre o Protocolo Regional de Regulação Ambulatorial e Acordo de Nível de Serviço, estabelecendo as normas para prestação de serviços de saúde em credenciamentos no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR.

CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, nos termos dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de organizar, no âmbito da 20ª Regional de Saúde, os serviços especializados prestados pelo CISCOPAR aos municípios consorciados, em regime de cooperação entre a 20ª Regional de Saúde, o CISCOPAR e os municípios representados pelo CRESEMS - CONSELHO REGIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, de modo a garantir acesso ordenado, equânime e regulado aos serviços ofertados à população;

CONSIDERANDO a importância de promover a gestão adequada e racional dos recursos do SUS – financeiros, físicos, tecnológicos e humanos – otimizando a capacidade instalada, evitando desperdícios e duplicidades e contribuindo para a redução de filas, tempos de espera e deslocamentos desnecessários no âmbito dos serviços prestados ao CISCOPAR;

CONSIDERANDO a conveniência de padronizar critérios técnicos, fluxos assistenciais, procedimentos operacionais e responsabilidades entre o CISCOPAR, os municípios consorciados e os prestadores de serviços, por meio de Protocolo específico, para orientar o credenciamento, a contratação, a execução e a regulação do acesso;

CONSIDERANDO, por fim, a necessidade de estabelecer parâmetros e indicadores para o monitoramento, a avaliação e a melhoria contínua da qualidade e da resolutividade dos serviços especializados prestados ao CISCOPAR e à população dos municípios consorciados;

RESOLVE

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. O presente Protocolo tem por objeto disciplinar a prestação de serviços especializados ao CISCOPAR, definindo diretrizes, requisitos mínimos, responsabilidades, fluxos assistenciais e parâmetros de regulação e avaliação, a serem observados pelo CISCOPAR, pelos municípios

consorciados e pelos prestadores de serviços, com vistas a garantir acesso ordenado, equânime e regulado, bem como a adequada gestão dos recursos do SUS e a melhoria contínua da qualidade e da resolutividade da atenção à saúde.

Art. 2º. A adesão a este Protocolo é condição necessária à habilitação e à manutenção do credenciamento, sem prejuízo das demais normas sanitárias, éticas e administrativas vigentes.

Art. 3º Aplica-se, no mínimo, às seguintes linhas de cuidado e serviços:

- I – Fisioterapia (clínica, domiciliar e hidroterapia);
- II – Serviços Médicos Especializados – Consultas presenciais e teleconsultas;
- III – Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional convencionais;
- IV – Exames Laboratoriais;
- V – Exames de Imagem;
- VI – Terapias do item III para usuários TEA;
- VII – Procedimentos Ambulatoriais;
- VIII – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;
- IX – Equoterapia;
- X – Hidroginástica.

Art. 4º. (Comprovação da presença do usuário e fase de transição).

I – Até a implantação do sistema de validação eletrônica de presença, a comprovação de que o usuário realizou o atendimento será feita por meio de guia física em papel, emitida pela UBS/ABS de origem, contendo identificação do usuário, do prestador, do procedimento/consulta autorizada e assinatura do usuário ou responsável, a qual deverá retornar ao CISCOPAR para fins de auditoria e faturamento.

II – Após a implantação do sistema de validação eletrônica com leitura biométrica ou tecnologia equivalente no prestador, regulamentado em ato específico do CISCOPAR, a comprovação de presença do usuário passará a ser feita por meio de registro eletrônico no sistema, vinculado ao agendamento realizado pela UBS/ABS.

III – A data de início da utilização obrigatória da validação eletrônica de presença será definida em ato próprio do CISCOPAR, com prazo mínimo de adaptação aos prestadores e às UBS/ABS.

IV – A partir da implantação da validação eletrônica de presença, o registro eletrônico no sistema substituirá, como regra geral, a guia física em papel como documento comprobatório do atendimento, sem prejuízo da utilização de fluxos alternativos em situações excepcionais, na forma da regulamentação específica.

V – A implantação de outros módulos eletrônicos, em especial, a integração dos laudos de exames laboratoriais e de imagem ao IDS Saúde, será disciplinada em atos próprios do CISCOPAR e passará a constituir requisito obrigatório para fins de auditoria e aferição dos indicadores de desempenho, nos termos do SLA-04 e demais disposições deste Protocolo.

Art. 5º. Os serviços credenciados somente poderão ser executados por profissionais devidamente habilitados para as respectivas funções, com registro ativo e situação regular em seus Conselhos de Classe (CRM, CREFITO, CRP, CRN, CREFONO, CREF, COFEN/COREN, dentre outros), vinculados ao CNES do prestador e sob Responsável Técnico formalmente designado.

Art. 6º. A Tabela CISCOPAR é a referência única de preços para o escopo deste Protocolo. Ajustes específicos por modalidade seguirão atos próprios.

Art. 7º. Observada a priorização clínica e os fluxos de regulação do CISCOPAR e Secretarias de Saúde, será assegurada a distribuição paralela e não excludente entre prestadores credenciados com agenda disponível no IDS.

CAPÍTULO II – PADRÕES TRANSVERSAIS

Art. 8º. (Solicitação/Indicação).

I – Todo atendimento, exame ou procedimento somente poderá ser realizado diante de solicitação médica formal emitida pela ABS e/ou pelos fluxos de regulação municipal, contendo, no mínimo: identificação do usuário, CID, justificativa clínica, objetivo terapêutico/diagnóstico e a quantidade prevista de sessões ou o tipo de procedimento indicado.

II – Fica vedada a execução de atos assistenciais sem requisição válida e sem registro prévio no sistema oficial do Consórcio.

III – Os prestadores devem observar os protocolos de regulação, inclusive prazos, contrarreferência e necessidade de reavaliação ao término do ciclo assistencial.

Art. 9º. (Registros e Plataforma Oficial).

I – É obrigatório o uso exclusivo do aplicativo/plataforma designada pelo CISCOPAR para todos os registros dos atendimentos, como cadastro, prontuário eletrônico, laudos, relatórios e faturamento, respeitando os campos e prazos definidos.

II – Quando houver integração por interface/API (laboratórios e imagem), os dados devem ser enviados em tempo real ou nos prazos operacionais estipulados, garantindo rastreabilidade e integridade das informações.

III – É proibida a manutenção de registros paralelos que impeçam a auditoria e o acompanhamento institucional.

Art. 10. (Ambiência, Equipamentos e Segurança do Paciente).

I – Os ambientes devem ser seguros, acessíveis e compatíveis com as normas sanitárias e técnicas, garantindo privacidade e conforto;

II – Os equipamentos e materiais necessários para a execução dos serviços são responsabilidade do credenciado, devem estar calibrados e conservados, com comprovação documental disponível para auditoria.

III – Serviços com infraestrutura especial, hidroterapia e hidroginástica, devem manter plano de limpeza e controle da água com registros auditáveis.

Art. 11. (Fiscalização, vistorias e acionamento de órgãos competentes).

A fiscalização das atividades objeto deste Protocolo cabe aos órgãos competentes nas esferas federal, estadual e municipal, os quais serão acionados sempre que necessário, seja em razão de denúncia, notícia de irregularidade ou por iniciativa do CISCOPAR no exercício de seus deveres de supervisão contratual.

§ 1º A previsão do caput não exclui a capacidade do CISCOPAR e das Secretarias Municipais de Saúde de realizarem vistorias técnicas e administrativas, de ofício ou motivadas, com a finalidade de verificar conformidade documental, assistencial, sanitária e operacional dos serviços credenciados, sem prejuízo das competências legais dos demais órgãos.

§ 2º As vistorias de que trata o § 1º não se confundem com os atos de polícia administrativa próprios dos órgãos fiscalizadores competentes (Vigilâncias Sanitárias, Conselhos Profissionais, Controladorias, Tribunais de Contas, Ministérios Públicos), nem os substituem.

§ 3º O prestador deverá franquear acesso às equipes designadas, permitindo a inspeção de instalações, equipamentos, documentos e prontuários, bem como fornecer informações e cópias solicitadas, observadas as normas de sigilo e proteção de dados.

§ 4º Constatados indícios de não conformidade, irregularidade ou risco ao usuário, o CISCOPAR:

I – adotar as medidas administrativo-contratuais cabíveis (glosa, advertência, suspensão ou proposição de rescisão); e

II – oficiará os órgãos competentes para as providências sancionatórias e/ou correccionais que entenderem devidas, encaminhando evidências e o relatório técnico da vistoria, quando houver.

§ 5º As denúncias poderão ser apresentadas pelos usuários, prestadores, gestores ou qualquer interessado por meio de canal indicado pelo CISCOPAR e/ou Secretarias Municipais de Saúde, observados os requisitos mínimos de identificação e relato dos fatos; garantidos o protocolo de recebimento, a análise preliminar e, quando couber, o encaminhamento aos órgãos competentes.

§ 6º A existência de procedimentos de fiscalização externos não impede, suspende ou condiciona as medidas administrativo-contratuais adotadas no âmbito do CISCOPAR, desde que respeitados o contraditório e a ampla defesa nos processos de sua competência.

Art. 12. (Ajuste de pagamento e sanções administrativas). O descumprimento das disposições deste Protocolo poderá ensejar, conforme o caso:

I – glosa, entendida como mecanismo de ajuste do pagamento, consistente no não reconhecimento financeiro de procedimentos ou atendimentos executados em desconformidade com os requisitos técnicos, operacionais ou prazos estabelecidos neste Protocolo e nos respectivos Acordos de Nível de Serviço (SLAs), não se caracterizando como sanção administrativa; e

II – aplicação de sanções administrativas, tais como advertência, suspensão ou rescisão do credenciamento, quando caracterizada infração contratual, observados o contraditório e a ampla defesa, nos termos da Instrução Normativa nº 001/2026, que dispõe sobre o Processo Administrativo de Apuração de Responsabilidade (PAAR) por infrações previstas na Lei Federal nº 14.133/2021 e legislações correlatas, sem prejuízo do acionamento dos órgãos competentes e das demais providências legais cabíveis.

Parágrafo único. A aplicação da glosa não impede a apuração de responsabilidade administrativa, quando presentes indícios de infração contratual, nem a aplicação das sanções cabíveis mediante processo administrativo próprio.

CAPÍTULO III – DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS POR SERVIÇO

Seção I – Fisioterapia clínica, domiciliar e hidroterapia

Art. 13. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo; o prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 14. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 60 sessões ou 6 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 15. (Registros Evolutivos e Relatórios em Prontuário).

I – Cada sessão deve conter registro do atendimento com as técnicas aplicadas, resposta do paciente, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e recomendações de continuidade/alta, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 16. (Dimensionamento, Abrangência e Tempo Mínimo).

I – Quando aplicável, admite-se até 6 pacientes por sessão, exclusivamente nas modalidades coletivas/reabilitação motora, em espaços equivalentes e com tempo mínimo de 45 minutos por sessão, seja ela coletiva ou individual.

II – A escolha entre atendimento individual e coletivo deve constar do PTI, considerando segurança, objetivos e efetividade.

III – O atendimento deve ser realizado para todas as faixas etárias, sem restrição.

Art. 17. (Fisioterapia Domiciliar).

I – Serviço distinto, com credenciamento específico do serviço. Seu escopo é atender pacientes com restrição de deslocamento, por indicação formal.

II – São de responsabilidades do prestador: transporte, insumos e equipamentos, segurança do ambiente, registro do endereço e das condições do atendimento no prontuário; a destinação de resíduos é de inteira responsabilidade do prestador, conforme normas sanitárias.

Art. 18. (Hidroterapia – requisitos estruturais e operacionais mínimos).

I – Para a prestação do serviço exige-se piscina coberta e aquecida (26–36 °C), acessibilidade plena, equipamentos de segurança/primeiros socorros e responsável fisioterapeuta presente durante toda a atividade.

II – O PTI deve indicar a modalidade aquática, com objetivos e metas específicos; os registros seguem o mesmo padrão técnico do atendimento convencional.

Art. 19. (Atuação de Estagiários).

I – A atuação deverá ocorrer exclusivamente sob supervisão presencial direta do Responsável Técnico (RT), que permanece integralmente responsável pelos atos praticados, pela segurança do paciente e pelo fiel cumprimento do PTI e dos registros.

II – O prestador deve manter documentação comprobatória do vínculo acadêmico, plano de atividades e lista de supervisores, disponível à auditoria.

Art. 20. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 60 sessões, distribuídas em até 3 por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Exceções poderão ser admitidas mediante justificativa técnica e revalidação médica; novas solicitações somente após reavaliação médica da ABS ou atendimento especializado, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

Art. 21. (Ambiência específica e Avaliação Institucional).

I – A execução do serviço poderá ser objeto de avaliação conjunta (Secretaria Municipal de Saúde/CISCOPAR), com relatório técnico e possibilidade de vistorias e auditorias de prontuários.

Seção II – Consultas Médicas Especializadas – Presencial e Telemedicina

Art. 22. (Classificação etária para fins de regulação). Para fins de regulação, agendamento, autorização, faturamento e monitoramento das consultas médicas especializadas, considera-se:

I – consulta pediátrica: aquela destinada a usuários com idade até 13 (treze) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias na data do atendimento;

II – consulta de adulto: aquela destinada a usuários a partir de 14 (quatorze) anos completos.

Parágrafo único. A classificação etária deverá ser obrigatoriamente observada pelo prestador e pelos municípios no cadastramento das agendas, na emissão das guias e na análise de produção, para fins de adequada organização da oferta e da regulação assistencial.

Art. 23. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), diagnóstico e manejo prévios na ABS (tratamentos realizados e respectivos resultados), interações medicamentosas relevantes, e a justificativa do encaminhamento à consulta especializada; o prestador deve verificar a validade e a completude da requisição antes do início do atendimento, registrando no prontuário o vínculo à solicitação.

Art. 24. (Tempo Mínimo Assistencial). Cada consulta terá duração mínima de 10 (dez) minutos, assegurando avaliação clínica adequada, registro completo e orientação ao usuário.

Art. 25. (Prontuário e Plataforma). É obrigatório o registro detalhado (anamnese, hipóteses, condutas, exames, prescrições e CID) em prontuário eletrônico, lançado exclusivamente na plataforma oficial, obedecendo prazos e padrões de preenchimento.

Art. 26. (Abrangência da Especialidade). É vedada qualquer segregação de patologias dentro da especialidade credenciada; o prestador deve atender integralmente os casos compatíveis com sua habilitação.

Art. 27. (Agenda, bloqueios e reposições).

I – A agenda disponibilizada ao CISCOPAR pelo prestador, constitui compromisso assistencial assumido perante os municípios consorciados e aos usuários, devendo ser rigorosamente cumprida.

II – Bloqueios, cancelamentos ou redução de oferta previamente disponibilizada somente serão admitidos em situações excepcionais, devidamente justificadas pelo prestador, mediante comunicação formal ao CISCOPAR com antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis, salvo casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovada.

III – Na qualidade de pessoa jurídica, o prestador é responsável por organizar suas equipes e substituir o profissional ausente, de modo a evitar prejuízo ao atendimento regulado, não sendo admitida suspensão injustificada da agenda ou fora dos prazos estabelecidos.

IV – As agendas canceladas deverão ser integralmente repostas pelo prestador, preferencialmente para os mesmos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, mantendo-se o quantitativo contratado/ofertado para o período.

V – Encerramentos de contrato ou descontinuidade da oferta assistencial deverão ser comunicados ao CISCOPAR com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias corridos, assegurando-se tempo hábil para reorganização da rede, sem prejuízo aos usuários em acompanhamento.

Art. 28. (Contrarreferência, Encaminhamentos e Relatórios). A contrarreferência será dirigida ao município de origem do usuário, via sistema, sendo vedada a contrarreferência horizontal entre especialidades.

§ 1º No âmbito do MACC, em caráter excepcional, admite-se o encaminhamento do usuário para atendimento em outras especialidades, desde que:

I – se trate de especialidades previstas nas linhas-guias de atendimento pactuadas; ou

II – se trate de especialidades correlatas, cuja indicação decorra de comorbidade com relação direta à condição clínica principal prevista nas referidas linhas-guias, devidamente justificada no relatório clínico.

§ 2º Em todos os casos, o profissional deverá registrar no sistema o relatório clínico e a justificativa do encaminhamento, garantindo a rastreabilidade das condutas.

Art. 29. (Consultas de Retorno). Consultas de retorno em até 30 dias não são remuneradas, devendo o vínculo ao atendimento inicial constar do registro.

Art. 30. (Interconsulta sem ônus entre Atenção Básica e Especialidade – somente Telemedicina).

Fica instituída a interconsulta entre médico da Atenção Básica (ABS) e médico especialista, realizada por telemedicina, sem ônus ao contratante, destinada exclusivamente à discussão de casos complexos

de usuários que já realizaram consulta especializada regulada pelo CISCOPAR e que retornaram à ABS com orientações de continuidade e acompanhamento.

§1º A interconsulta deverá ser solicitada exclusivamente pelo médico da unidade de Atenção Básica, quando houver dúvida quanto:

- I – à condução do caso e ao seguimento do tratamento na ABS;
- II – à adequação ou ajuste da conduta terapêutica inicialmente indicada pela especialidade;
- III – à necessidade de novo encaminhamento à especialidade ou de manutenção do acompanhamento apenas na ABS.

§2º A interconsulta configura-se como apoio técnico-assistencial (apoio matricial) do especialista ao médico da ABS, não se caracterizando como nova consulta do usuário com a especialidade, nem implicando contato direto obrigatório do especialista com o paciente, salvo quando previsto em protocolo específico do CISCOPAR.

§3º É vedada a utilização da interconsulta para:

- I – avaliação inicial de casos que ainda não foram atendidos pela especialidade;
- II – triagem ou priorização de usuários na fila de regulação;
- III – substituição de consultas especializadas já reguladas ou agendadas;
- IV – seguimento de rotina em nível especializado.

§4º As interconsultas serão realizadas por telemedicina, em modalidade síncrona ou assíncrona, conforme normas do CISCOPAR e da legislação vigente, especialmente as resoluções do Conselho Federal de Medicina.

§5º O limite de interconsultas sem ônus será de até 3% (três por cento) do volume mensal de consultas ofertadas pelo credenciado em cada especialidade ao CISCOPAR, constituindo contrapartida assistencial obrigatória do prestador, sem remuneração adicional, vedada a compensação entre especialidades ou o acúmulo de saldo para meses subsequentes.

§6º A solicitação de interconsulta deverá ser registrada no IDS Saúde pelo médico da ABS, contendo, no mínimo:

- I – identificação do usuário;
- II – referência à consulta especializada prévia (data, especialidade e prestador);
- III – resumo clínico atualizado e tratamentos em curso;
- IV – orientações recebidas na consulta especializada, quando disponíveis;
- V – quesitos objetivos a serem respondidos pelo especialista, relacionados à condução do caso na ABS.

§7º A devolutiva do especialista será registrada no IDS Saúde como contrarreferência à ABS, devendo conter orientações claras sobre a conduta recomendada no nível primário de atenção, bem como a indicação, quando necessária, de novo encaminhamento à especialidade.

§8º O credenciado manterá relatório mensal das interconsultas realizadas, por especialidade, contendo, no mínimo, quantidade, município solicitante e síntese dos principais motivos, mantendo-o disponível para auditoria do contratante.

Seção III – Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional – Convencional

Art. 31. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo; o prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 32. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 6 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 33. (Registros Evolutivos e Relatórios).

I – Cada sessão deve conter registro do atendimento com evolução clínica, identificação do profissional, estratégias aplicadas, resposta do paciente, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e recomendações de continuidade/alta, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 34. (Dimensionamento, Abrangência e Tempo Mínimo).

I – Quando aplicável, admite-se até 6 pacientes por sessão. A escolha entre atendimento individual e coletivo deve constar do PTI, considerando segurança, objetivos e efetividade.

II - O atendimento deve ser realizado para todas as faixas etárias, sem restrição.

III - O tempo mínimo por sessão é de 30 minutos para Nutrição e Fonoaudiologia e 45 minutos para Psicologia e Terapia Ocupacional.

Art. 35. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 18 sessões, distribuídas em até 2 por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Exceções poderão ser admitidas mediante justificativa médica; novas solicitações somente após reavaliação pela ABS ou atendimento especializado, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

~~Art. 36. (Atendimento Convencional – Proporções). É vedado o credenciamento exclusivo para TEA, sendo a distribuição dos atendimentos na proporção de 60% para pacientes convencionais e até 40% para pacientes com TEA. (revogado pela Instrução Normativa nº 05/2026).~~

Seção IV – Exames Laboratoriais

Art. 37. (Solicitação e Validação). Exames laboratoriais deverão possuir requisição oriunda da ABS ou Regulação, vedadas coletas sem registro prévio no sistema. O prestador deve validar a conformidade da requisição antes da coleta.

Art. 38. (Responsabilidade Integral). Abrange coleta, processamento, emissão de laudos e entrega impressa e digital, observando requisitos de biossegurança e cadeia de custódia da amostra.

Art. 39. (Tabela de Exames, Isonomia e Atualizações). A adesão ao credenciamento implica realizar todos os exames constantes da Tabela de Exames Laboratoriais do CISCOPAR, sendo obrigatória a execução de exames que o prestador já realiza na rede privada/convênios, preservando isonomia e compatibilidade técnica.

I - Os exames não realizados pelo prestador na rotina privada/convênios poderão ser excepcionados do credenciamento somente mediante declaração formal.

II – Constatado pela auditoria do Consórcio que o prestador realiza na rede privada/convênios os exames declarados na relação de excepcionados, constante do item I deste artigo, será aberto Processo Administrativo de Apuração de Responsabilidade - PAAR, ficando sujeito às penalidades previstas.

Art. 40. (Integração). Quando da disponibilidade para Integração eletrônica via interface/API dos resultados dos exames, o Consórcio regulará em ato específico, com prazos e normas de operacionalização, estando o prestador obrigado a adesão.

Art. 41. (Ambiência e Equipamentos). O Prestador é responsável pelo cumprimento dos requisitos técnicos e de biossegurança, com manutenção/calibração documentadas.

Art. 42. (Entrega de Resultados). O prestador deverá fornecer laudo impresso quando solicitado pela Secretaria de Saúde e ou paciente, e disponibilização digital segura com credenciais de acesso.

Art. 43. (Vistorias e Auditoria). O prestador poderá ser submetido a vistorias técnicas e administrativas e auditoria de laudos/amostras.

Seção V – Exames de Imagem

Art. 44. (Solicitação). Os exames de imagem deverão possuir requisição oriunda da ABS ou Regulação, vedada a realização sem registro prévio no sistema. O prestador deve validar a conformidade da requisição antes da realização do exame.

Art. 45. (Execução e Vinculação Profissional). É responsabilidade integral do prestador, incluindo disponibilização da agenda, realização dos exames, emissão de laudos e integração eletrônica. Quando o exame necessitar de anestesia, exige-se anestesiolista para a realização e possuir vinculação ao CNES do prestador.

Art. 46. (Cobrança). É vedada a cobrança de mais de um serviço de anestesia/exame no mesmo ato, salvo justificativa técnica por escrito, e ainda, é vedada a cobrança do serviço de anestesia quando houver apenas sedação leve sem indicação clínica formal.

Art. 47. Todos os laudos serão emitidos com assinatura digital válida, e todos os exames, laudos e imagens deverão ser registrados e arquivados integralmente em sistema eletrônico oficial, com possibilidade de recuperação histórica e controle de acesso.

Art. 48. A entrega dos resultados será, por padrão, digital, em ambiente seguro, mediante credenciais individuais de acesso fornecidas ao paciente e/ou ao médico solicitante.

Parágrafo único. Os Laudos e imagens deverão ser fornecidos impressos sempre que formalmente solicitados ou por exigência administrativa.

Art. 49. O Serviço estará sujeito a vistorias e auditorias técnicas e administrativas, internas ou externas, para verificação do cumprimento deste Regulamento.

Seção VI – Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – TEA

Art. 50. (Critérios diagnósticos e documentação obrigatória para TEA).

I – A inclusão do usuário na linha de cuidado específica para Transtorno do Espectro Autista (TEA), para fins de autorização e custeio das terapias descritas nesta Seção, dependerá de laudo diagnóstico formal de TEA, emitido por médico com atuação em Neuropediatria, Neurologia e Psiquiatria, apoiado em avaliação multiprofissional.

II – O laudo deverá conter, no mínimo: identificação do usuário, hipótese diagnóstica com CID compatível, resumo da avaliação clínica, indicação do grau de suporte quando aplicável, data da avaliação, identificação completa e assinatura do(s) profissional(is) responsável(is).

III – O laudo diagnóstico deverá ser anexado e vinculado, em formato digital, à primeira solicitação de terapias TEA no IDS Saúde, devendo ser revalidado ou atualizado sempre que houver reavaliação

clínica relevante, observado o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses entre laudos, salvo justificativa técnica em contrário.

IV – Na ausência de laudo formal de TEA, a ABS poderá encaminhar o usuário para avaliação especializada, porém as terapias específicas desta seção somente serão autorizadas após a devida formalização diagnóstica, ressalvadas situações excepcionais, de caráter temporário, fundamentadas em parecer técnico.

Art. 51. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo; o prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 52. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 6 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 53. (Registros Evolutivos e Relatórios).

I – Cada sessão deve conter evolução clínica com identificação do profissional, técnicas aplicadas, resposta do paciente, adesão familiar, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e recomendações de continuidade/alta, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 54. (Dimensionamento, Abrangência e Tempo Mínimo).

I – Quando aplicável, admite-se até 6 pacientes por sessão. A escolha entre atendimento individual e coletivo deve constar do PTI, considerando segurança, objetivos e efetividade.

II - O atendimento deve ser realizado para todas as faixas etárias, sem restrição.

III - O tempo mínimo por sessão é de 45 minutos.

Art. 55. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 72 sessões, cumulativas entre as terapias, distribuídas em até 4 por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Exceções poderão ser admitidas mediante justificativa médica.

III – Para novas solicitações de sessões é necessária a reavaliação pela ABS ou atendimento especializado, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

Art. 56. O credenciamento para a prestação de terapias voltadas ao atendimento de usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) deverá, obrigatoriamente, estar acompanhado do credenciamento para as terapias convencionais equivalentes na mesma modalidade profissional.

Parágrafo único. A distribuição dos atendimentos observará a necessidade do serviço e o interesse público, ficando estabelecido que o prestador deverá ofertar um percentual de até 20% (vinte por cento) de seus serviços para as terapias convencionais (**alteração dada pela Instrução Normativa nº 05/2026**).

Art. 57. (Qualificação Profissional). Os profissionais devem possuir qualificação diretamente relacionada ao usuário TEA, de no mínimo 360 horas, realizada em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação, disponíveis para consultas públicas nos portais do SISTEC e E- MEC.

~~Art. 58. Os prestadores credenciados no ato da homologação deste Protocolo terão o período de 6 (seis) meses, ou até o vencimento do contrato, o que ocorrer primeiro, para atender a exigência prevista~~

~~no artigo 57. (revogado pela Instrução Normativa nº 05/2026).~~

Art. 59. (Ambiência). Os ambientes devem possuir adaptação sensorial, com registro de estratégias quando aplicável, observadas normas sanitárias e de acessibilidade.

Seção VII – Procedimentos Ambulatoriais

Art. 60. (Solicitação e Registros). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), diagnóstico, o procedimento e a justificativa do encaminhamento. O prestador deve verificar a validade e a completude da requisição antes do início do atendimento, registrando no prontuário o vínculo à solicitação.

Art. 61. (Responsabilidade Técnica e Equipe). Todos os procedimentos deverão ser realizados exclusivamente pelo profissional credenciado.

Parágrafo único. Nos procedimentos que envolvam risco anestésico, é obrigatória a presença de médico anesthesiologista com vínculo regular no CNES da instituição.

Art. 62. (Estrutura e Insumos). Os procedimentos serão realizados em ambientes que atendam às normas sanitárias vigentes e disponham de equipamentos de suporte compatíveis com o risco assistencial.

Parágrafo único. Todos os materiais e insumos utilizados deverão possuir registro vigente na ANVISA, garantir rastreabilidade e ser armazenados em condições adequadas, conforme especificações do fabricante e normas sanitárias.

Art. 63. (Laudos e Produção). Cada procedimento deverá resultar em laudo ou relatório técnico assinado digitalmente e integrado ao prontuário do paciente.

Parágrafo único. A unidade emitirá relatório mensal de produção, contemplando, no mínimo, o quantitativo de procedimentos realizados, CIDs informados, repetições de exames e intercorrências registradas.

Art. 64. (Cobranças). É vedada a cobrança de mais de um serviço de procedimento/anestesia no mesmo ato, salvo justificativa técnica. É proibida a cobrança do serviço de anestesia quando houver apenas sedação leve sem indicação clínica formal.

Art. 65. (Vistorias). O serviço está sujeito a vistorias técnicas e administrativas para verificação de infraestrutura, registros e conformidade.

Seção VIII – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Art. 66. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo. O prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 67. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 4 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 68. (Registros Evolutivos e Relatórios).

I – Cada sessão deve conter registro do atendimento, identificação do profissional, estratégias aplicadas, resposta do paciente, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e

recomendações de continuidade/alta, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 69. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 12 sessões, cumulativas entre as PICS, distribuídas em até 1 sessão por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Novas solicitações somente após reavaliação pela ABS, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

Art. 70. (Habilitação Profissional e Insumos). Acupuntura: A acupuntura somente poderá ser realizada por profissional legalmente habilitado nos termos da Lei nº 15.345/2026, graduado em acupuntura ou profissional de saúde de nível superior com título de especialista em acupuntura reconhecido pelo respectivo conselho federal. Demais PICS: As demais PICS somente poderão ser executadas por profissional de nível superior da área da saúde, com formação específica de pós-graduação de qualificação com carga horária mínima de 360 horas em instituição reconhecida pelo MEC. É responsabilidade do credenciado o fornecimento de insumos e materiais, garantindo itens individuais, estéreis e descartáveis, com controle e rastreabilidade.

Seção IX – Equoterapia

Art. 71. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo; o prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 72. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 6 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 73. (Registros Evolutivos e Relatórios).

I – Cada sessão deve conter registro do atendimento, identificação do profissional, estratégias aplicadas, resposta do paciente, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e recomendações de continuidade/alta, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 74. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 16 sessões, distribuídas em até 2 sessões por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Novas solicitações somente após reavaliação pela ABS, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

Seção X – Hidroginástica

Art. 75. (Solicitação e Conteúdo Mínimo). A indicação deve especificar diagnóstico (CID), objetivos terapêuticos mensuráveis e número de sessões por ciclo; o prestador deve checar a validade e completude da requisição antes de iniciar o atendimento, registrando o vínculo da solicitação no prontuário.

Art. 76. (Plano Terapêutico Individual – PTI).

I – O PTI deve ser elaborado na primeira sessão/avaliação, contendo metas de curto e médio prazo, condutas, frequência, critérios de alta e escalas/medidas de desfecho quando aplicáveis.

II – O PTI será revisto sempre que houver alteração clínica e, obrigatoriamente, a cada 60 sessões ou 6 meses, o que ocorrer primeiro, mantendo histórico de versões e justificativas das mudanças.

Art. 77. (Registros Evolutivos e Relatórios).

I – Cada sessão deve conter registro do atendimento, identificação do profissional, estratégias aplicadas, resposta do paciente, intercorrências e encaminhamentos.

II – O prestador elaborará relatório evolutivo bimestral, consolidando progresso, reavaliações e recomendações de continuidade, anexado ao prontuário eletrônico.

Art. 78. (Dimensionamento, Abrangência e Tempo Mínimo).

I – Quando aplicável, admite-se até 12 pacientes por sessão, exclusivamente nas modalidades coletivas/reabilitação motora, em espaços equivalentes e com tempo mínimo de 45 minutos por sessão.

II – O atendimento deve ser realizado para todas as faixas etárias.

Art. 79. (Hidroginástica – requisitos estruturais e operacionais mínimos).

I – Exige piscina coberta e aquecida (26–36 °C), acessibilidade plena, equipamentos de segurança/primeiros socorros e responsável técnico com formação em Educação Física, presente durante toda a atividade.

Art. 80. (Atuação de Estagiários).

I – A atuação deverá ocorrer exclusivamente sob supervisão presencial direta do Responsável Técnico (RT), que permanece integralmente responsável pelos atos praticados, pela segurança do paciente e pelo fiel cumprimento do PTI e dos registros.

II – O prestador deve manter documentação comprobatória do vínculo acadêmico, plano de atividades e lista de supervisores, disponível à auditoria.

Art. 81. (Limites, Frequência e Renovação).

I – Cada solicitação poderá prever até 60 sessões, distribuídas em até 3 por semana, observadas as necessidades clínicas.

II – Exceções poderão ser admitidas mediante justificativa técnica e revalidação médica; novas solicitações somente após reavaliação pela ABS ou atendimento especializado, com análise do resultado alcançado no ciclo anterior.

Art. 82. (Ambiência específica e Avaliação Institucional). I – O prestador manterá ambiente adequado e, quando se tratar de hidroginástica, registros formais do controle sanitário da água.

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 83. Os prestadores da rede credenciada terão o prazo de até 4 (quatro) meses, contados da publicação desta alteração normativa, para se adequarem integralmente às novas condições exigidas, inclusive quanto à qualificação profissional, ao fluxo de oferta das demandas e à organização operacional, sem prejuízo do cumprimento dos requisitos essenciais de segurança assistencial. **(alteração dada pela Instrução Normativa nº 05/2026).**

Art. 84. As consequências decorrentes de não conformidade técnica ou documental poderão resultar, conforme o caso:

I – em glosa, entendida como mecanismo de ajuste de pagamento, consistente no não reconhecimento financeiro de serviços executados em desconformidade com os requisitos técnicos, operacionais, documentais ou prazos estabelecidos neste Protocolo e nos respectivos SLAs, não se caracterizando

como sanção administrativa; e

II – na aplicação de sanções administrativas, tais como advertência, suspensão ou rescisão do credenciamento, quando caracterizada infração contratual, observados os ritos internos do CISCOPAR, o contraditório e a ampla defesa, nos termos da Instrução Normativa nº 001/2026.

Parágrafo único. A aplicação da glosa e/ou das aplicação de sanções administrativas não substitui nem afasta a adoção das providências cabíveis pelos órgãos competentes, que poderão ser acionados quando necessário, nos termos do art. 9º do Anexo I.

credenciamento para prestação de serviços médicos especializados, procedimentos terapêuticos multiprofissionais, exames de apoio diagnóstico e procedimentos ambulatoriais, sejam eles realizados de forma presencial ou por telemedicina

Art. 85. Este Protocolo e seus anexos são parte integrante e indissociável dos editais de credenciamento para prestação de serviços médicos especializados, procedimentos terapêuticos multiprofissionais, exames de apoio diagnóstico e procedimentos ambulatoriais, sejam eles realizados de forma presencial ou por telemedicina

Art. 86. Este Protocolo entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

Toledo, 20 de janeiro de 2026.

JOHN JEFERSON WEBER NODARI

Presidente do CISCOPAR

Toledo/PR

ANEXO I – ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO – SLA

O presente Acordo de Nível de Serviço (SLA) estabelece indicadores e parâmetros mínimos de qualidade assistencial, registro em sistema e confiabilidade operacional dos serviços prestados aos municípios consorciados por meio do CISCOPAR.

Art. 1º O SLA tem por objetivo definir indicadores simples, mensuráveis e de fácil aplicação para:

- I – monitorar a qualidade dos registros clínicos e administrativos no IDS Saúde;
- II – assegurar a continuidade do cuidado por meio de contrarreferência à Atenção Básica (ABS);
- III – garantir o cumprimento das agendas disponibilizadas;
- IV – assegurar a integridade documental para fins de faturamento.

Art. 2º Este SLA aplica-se a todos os prestadores credenciados no âmbito deste Protocolo, observadas as particularidades de cada linha de cuidado e dos anexos específicos.

Art. 3º A medição dos indicadores obedecerá aos seguintes critérios:

- I – Fonte de dados: exclusivamente o IDS Saúde (prontuário, autorizações, laudos, módulos de terapias, faturamento e demais registros eletrônicos).
- II – Periodicidade: avaliação bimestral, ou a critério do CISCOPAR, por prestador e por linha de serviço (consultas, terapias, exames, procedimentos ambulatoriais, etc.).
- III – Amostra:
 - a) quando o volume mensal for superior a 20 (vinte) registros na linha de serviço, será selecionada amostra de até 20 (vinte) registros aleatórios;
 - b) quando o volume mensal for igual ou inferior a 20 (vinte) registros na linha de serviço, serão avaliados 100% dos registros.
- IV – O resultado de cada indicador será expresso em percentual (%), com meta mínima definida nesta Seção.

INDICADORES E METAS

Art. 4º O **SLA-01 - Registro Clínico, PTI e Evolução no IDS** - mede o percentual de atendimentos com registro clínico completo no IDS Saúde, de acordo com a natureza do serviço.

§1º – Consultas e procedimentos (médicos e afins)

Considera-se registro completo aquele que contenha, no mínimo:

- I – identificação do usuário;
- II – identificação do prestador (CNES, quando couber) e do profissional responsável (nome e número de Conselho/UF);
- III – data do atendimento;
- IV – anamnese qualificada com detalhando no registro de consulta e, quando cabível, do procedimento realizado;
- V – CID ou hipótese diagnóstica como referência da conduta;
- VI – descrição sucinta da conduta (orientações, tratamento instituído, encaminhamentos, exames solicitados, retorno, alta etc.);
- VII – assinatura eletrônica do profissional responsável, quando exigida pelo sistema.

§2º – Terapias e linhas de cuidado seriadas

Para Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, TEA, PICS, Equoterapia e outras linhas seriadas, considera-se registro completo aquele que apresente:

I – PTI – Plano Terapêutico Individual:

- a) elaborado e vinculado ao usuário na linha de cuidado
- b) contendo objetivos terapêuticos, frequência, tipo de intervenção e metas;
- c) atualizado sempre que houver reavaliação relevante ou mudança significativa de conduta.

II – Evolução em cada sessão/atendimento:

- a) registro de evolução individual por sessão no IDS Saúde;
- b) descrição da atividade/intervenção realizada;
- c) relação com objetivos do PTI;
- d) resposta do usuário e intercorrências relevantes.

III – Evolução periódica de síntese:

- a) registro de síntese em periodicidade definida da linha de cuidado (por exemplo, bimestralmente ou ao final de ciclo);
- b) análise do progresso em relação às metas do PTI;
- c) indicação de manutenção, ajuste ou alta do plano terapêutico;
- d) contrarreferência à ABS.

§3º – Fórmula do SLA-01

SLA-01 (%) = Número de atendimentos que atendem a todos os critérios obrigatórios (conforme tipo de serviço) ÷ Total de atendimentos avaliados × 100 - A meta mínima do SLA-01 é de ≥ 95% (noventa e cinco por cento).

Art. 5º O **SLA-02 - Contrarreferência / Devolutiva à Atenção Básica** - mede o percentual de atendimentos que exigem contrarreferência/devolutiva à ABS e que possuem registro correspondente no IDS Saúde.

§1º Exigem contrarreferência/devolutiva, dentre outros:

- I – consultas especializadas;
- II – procedimentos ambulatoriais com desfecho clínico;
- III – ciclos de terapias seriadas com alta, suspensão ou mudança relevante de conduta.

§2º – Requisitos mínimos da contrarreferência/devolutiva

- I – identificação do usuário;
- II – resumo clínico qualificado e/ou funcional atualizado;
- III – orientações para a ABS quanto à condução do caso;
- IV – indicação de necessidade de retorno à especialidade, quando houver.

§3º – Fórmula do SLA-02

SLA-02 (%) = Atendimentos que exigem contrarreferência com devolutiva registrada ÷ Total de atendimentos que exigem contrarreferência × 100 - §4º – A meta mínima do SLA-02 é de ≥ 95% (noventa e cinco por cento).

Art. 6º O **SLA-03 – Cumprimento de Agenda, Cancelamentos sem Reposição** – mede o cumprimento da agenda ofertada ao CISCOPAR, o percentual de cancelamentos sem reposição e o atraso no início do atendimento.

§1º – Cumprimento de agenda

Cumprimento de agenda (%) = (Atendimentos realizados + vagas repostas em até 30 dias) ÷ Total de vagas liberadas ao CISCOPAR × 100.

Meta mínima: ≥ 95% (noventa e cinco por cento).

§2º – Cancelamentos sem reposição

Cancelamentos sem reposição (%) = Vagas canceladas por iniciativa do prestador, sem reposição em até 30 dias ÷ Total de vagas liberadas ao CISCOPAR × 100.

Meta máxima: ≤ 5% (cinco por cento).

§3º – Atraso no início do atendimento

I – Considera-se Início Programado (IP) o primeiro horário ofertado na agenda, e Início Real (IR) o horário em que o primeiro atendimento efetivamente se iniciou, conforme registro em sistema/controlado adotado pelo CISCOPAR.

II – A tolerância para início do atendimento é de 10 (dez) minutos.

III – O número de consultas impactadas pelo atraso será calculado por:

Impactados (nº) = (IR – IP – 10) ÷ Δ, arredondado para cima, considerando zero quando o resultado for negativo. Onde Δ é o intervalo de agendamento da agenda (ex.: 10 minutos).

Ex.: IP 07:00, IR 08:00, Δ=10 → (60–10)/10=5 → 5 impactados.

IV – Meta máxima: 0 (zero) consultas impactadas por atraso no início, após a tolerância de 10 minutos.

V – Glosa: cada consulta impactada apurada na forma do inciso III gerará glosa, calculada por:

Glosa por atraso (R\$) = Impactados (nº) × Valor unitário da consulta (VU)

§4º Não se aplica este indicador a atendimentos não realizados por motivo justificado pelo usuário, desde que seja respeitado o fluxo de reagendamento definido pelo CISCOPAR.

Art. 7º O **SLA-04 - Laudos e Integração eletrônica (Laboratoriais e de Imagem)** - mede a conformidade dos laudos de exames laboratoriais e de imagem quanto à sua emissão, responsabilidade técnica e disponibilidade para a rede assistencial, incluindo a integração eletrônica ao IDS Saúde quando esta estiver implantada.

§1º Fase atual – sem integração eletrônica obrigatória

Enquanto não implantado e oficialmente disponibilizado o módulo de integração de resultados de exames ao IDS Saúde, considerar-se-á para fins de SLA-04 que o exame está adequado quando:

I – houver laudo emitido em meio físico ou digital, contendo identificação do usuário, do prestador e do profissional responsável, com assinatura nos termos das normas específicas;

II – o laudo for entregue ao usuário e/ou encaminhado à UBS/ABS de origem, conforme fluxo definido pelo CISCOPAR;

III – o prestador mantiver os laudos arquivados e disponíveis à auditoria, inclusive para envio de cópias físicas ou digitais sempre que solicitado.

§2º Fase futura – com integração eletrônica obrigatória

Após a implantação do módulo de integração de resultados de exames ao IDS Saúde, comunicada por ato específico do CISCOPAR, todos os laboratórios e serviços de diagnóstico por imagem credenciados deverão:

I – integrar eletronicamente ao IDS Saúde os laudos dos exames realizados para usuários regulados pelo CISCOPAR, garantindo acesso à ABS;

II – assegurar que o laudo integrado contenha identificação do laboratório/prestador e do profissional responsável;

III – utilizar assinatura eletrônica ou digital, quando exigida em norma específica;

IV – disponibilizar os resultados no prazo pactuado em contrato ou ato próprio.

§3º A partir da data estabelecida no ato específico referido no §2º, a aferição do SLA-04 para exames laboratoriais e de imagem passará a considerar obrigatória a integração eletrônica ao IDS Saúde, sem prejuízo da guarda local dos laudos pelo prestador.

§4º – Fórmula do SLA-04

SLA-04 (%) = Exames que atendem aos requisitos dos §§1º ou 2º (conforme fase vigente)

÷ Total de exames avaliados × 100 - A meta mínima do SLA-04 é de ≥ 95% (noventa e cinco por cento).
Art. 8º **O SLA-05 - Integridade Documental para Faturamento** - mede o percentual de registros apresentados para faturamento que possuem documentação obrigatória completa, conforme a linha de serviço.

§1º Considera-se documentação completa, no mínimo:

I – guia/autorização válida, aprovada pelo CISCOPAR, contendo identificação do usuário, do prestador e do procedimento/serviço autorizado;

II – compatibilidade entre o registro assistencial no IDS e o item faturado;

III – comprovante de realização do atendimento, que poderá ser:

- a) guia física em papel assinada pelo profissional solicitante e pelo usuário ou responsável, emitida pela UBS/ABS e retida pelo prestador para envio ao CISCOPAR, enquanto vigorar o fluxo em papel;
- b) registro eletrônico de presença do usuário, por leitura biométrica ou outro meio eletrônico regulamentado pelo CISCOPAR, após a implantação do sistema de validação eletrônica.

§2º – Fórmula do SLA-05

SLA-05 (%) = Registros com documentação completa ÷ Total de registros avaliados para faturamento × 100 - A meta mínima do SLA-05 é de ≥ 98% (noventa e oito por cento).

GATILHOS DE GLOSA RELACIONADOS AO SLA

Art. 9º Sem prejuízo das demais regras deste Protocolo, ficam definidos os seguintes gatilhos de glosa:

I – SLA-01 – Registro clínico, PTI e evolução

- a) glosa de atendimentos de consulta/procedimento sem registro de consulta ou procedimento, sem CID/hipótese diagnóstica, sem conduta registrada;
- b) glosa de atendimentos com emissão de APAC, TFD e LME preenchidos de forma incompleta;
- c) glosa de sessões de terapias seriadas quando não houver PTI nos casos em que for obrigatório;
- d) glosa de sessões quando não houver evolução registrada no IDS;
- e) glosa de sessões quando inexistir a evolução periódica de síntese prevista para a linha de cuidado.

II – SLA-02 – Contrarreferência / devolutiva à ABS

- a) Glosa de atendimentos que exigem contrarreferência quando não houver qualquer devolutiva registrada no IDS Saúde ou realizada de forma horizontal.

III – SLA-03 – Cumprimento de agenda

- a) Glosa dos atendimentos correspondentes ao quantitativo de vagas canceladas por iniciativa do prestador, sem reposição em 30 dias, quando o percentual de cancelamentos sem reposição ultrapassar o limite máximo estabelecido.
- b) Glosa dos atendimentos impactados pelo atraso do início do atendimento agendado.

IV – SLA-04 – Laudos e integração

- a) Glosa do valor do exame quando não houver entrega de laudo por meio físico e ou digital, solicitação do paciente ou Secretaria de Saúde, ou laudo integrado ao IDS Saúde e/ou assinatura eletrônica obrigatória, quando implementada.

V – SLA-05 – Integridade documental

A) Glosa do atendimento quando faltar guia/autorização ou documentos obrigatórios exigidos para a linha de serviço.

PLANO DE MELHORIA E RECORRÊNCIA

Art. 10. Sempre que qualquer indicador, para determinado prestador e linha de serviço, ficar abaixo da meta em uma competência, o prestador deverá apresentar Plano de Ação Simplificado, contendo:

- I – causa provável (resumo);
- II – medidas corretivas propostas;
- III – responsável pela execução;
- IV – prazo de implementação de até 30 (trinta) dias.

Art. 11. Caracteriza-se recorrência quando o mesmo indicador, na mesma linha de serviço:

- I – permanecer abaixo da meta por 2 (duas) competências consecutivas; ou
- II – permanecer abaixo da meta em 3 (três) competências alternadas dentro de um período de 6 (seis) meses.

Art. 12. Na hipótese de recorrência, o CISCOPAR poderá, além das glosas aplicáveis, adotar as seguintes medidas, por linha de serviço:

- I – advertência formal;
- II – exigência de plano de ação detalhado e monitorado;
- III – suspensão temporária de novas autorizações, assegurada a conclusão do que já estiver autorizado, salvo risco ao usuário;
- IV – proposição de revisão ou rescisão contratual, conforme legislação e instrumentos vigentes.

PRAZOS OPERACIONAIS DE AUDITORIA

Art. 13. Os prazos operacionais para auditoria obedecerão aos seguintes parâmetros:

- I – auditoria da competência: a qualquer momento após o fechamento da competência;
- II – comunicação das glosas ao prestador: até 12 (doze) dias úteis após a conclusão da auditoria, com identificação dos registros e fundamentos resumidos;
- III – apresentação de recurso pelo prestador: prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da comunicação das glosas;
- IV – decisão sobre o recurso: até 30 (trinta) dias após o recebimento, podendo ser prorrogado de forma justificada.

Parágrafo único. Em todas as hipóteses de glosa previstas neste Protocolo serão assegurados ao prestador o contraditório e a ampla defesa, inclusive mediante apresentação de recurso e juntada de documentos, nos prazos definidos no caput.

APLICAÇÃO DOS INDICADORES POR TIPO DE SERVIÇO

Art. 14. Para fins de auditoria e monitoramento, a aplicação dos indicadores seguirá, em regra, a seguinte correspondência:

- I – Consultas médicas especializadas e demais consultas assistenciais:
SLA-01, SLA-02, SLA-03 e SLA-05.

II – Terapias e linhas seriadas (Fisio, Psico, Fono, Nutri, TO, TEA, PICS, Equoterapia e similares):
SLA-01, SLA-02 (quando houver desfecho/ciclo), SLA-03 e SLA-05.

III – Exames laboratoriais:

SLA-01 (naquilo que couber ao registro clínico), SLA-04 e SLA-05.

IV – Exames de imagem:

SLA-01 (naquilo que couber ao registro clínico), SLA-04 e SLA-05.

V – Procedimentos ambulatoriais:

SLA-01, SLA-02 (quando exigirem contrarreferência), SLA-03 e SLA-05.

Parágrafo único. Detalhamentos operacionais, periodicidades específicas de evolução periódica e checklists por linha de cuidado serão descritos em anexos técnicos próprios, os quais complementarão este SLA e servirão de referência padronizada para auditoria.

CLÁUSULAS DE INTEGRAÇÃO – SLA E ANEXOS TÉCNICOS

Art. 15. Os Anexos Técnicos A–H deste Protocolo estabelecem o checklist mínimo operacional para verificação do cumprimento dos indicadores SLA-01 a SLA-05, por tipo de serviço.

Art. 16. Para fins de auditoria:

I – os itens relacionados a registro clínico, PTI, evolução e tempo assistencial serão utilizados prioritariamente na aferição do SLA-01;

II – os itens relacionados a contrarreferência/devolutiva à Atenção Básica serão utilizados prioritariamente na aferição do SLA-02;

III – os itens relacionados a agenda, limites, frequência e renovação de ciclos poderão subsidiar a aferição do SLA-03;

IV – os itens relacionados a laudos, imagens e integração eletrônica serão utilizados prioritariamente na aferição do SLA-04;

V – os itens relacionados a guias, autorizações, documentos obrigatórios e compatibilidade com o faturamento serão utilizados prioritariamente na aferição do SLA-05.

Art. 17. A auditoria considerará cumprido o checklist mínimo de cada anexo quando, na amostra avaliada, no mínimo 95% dos registros atenderem a todos os itens obrigatórios daquele tipo de serviço, sem prejuízo das glosas específicas previstas neste Protocolo.

JOHN JEFERSON WEBER NODARI

Presidente do CISCOPAR

Toledo/PR

ANEXO II - ANEXOS TÉCNICOS

CHECKLIST MÍNIMO (A–H)

Checklist A — Consultas Médicas Especializadas

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro no IDS Saúde
 - Todos os atendimentos registrados na Plataforma IDS Saúde.
 - Identificação completa do paciente (dados mínimos e consentimentos aplicáveis).
 - Identificação do profissional (nome, Conselho/UF) e do prestador/CNES.
2. Solicitação e indicação clínica
 - Solicitação anexada/vinculada ao atendimento, com conteúdo mínimo exigido.
 - Indicação clínica clara e objetivos terapêuticos descritos (motivo da consulta).
3. Conteúdo clínico mínimo da consulta
 - Anamnese dirigida e qualificada, exame físico quando aplicável.
 - Hipóteses diagnósticas e CID/hipótese diagnóstica referenciada.
 - Conduta estabelecida (tratamento, exames, encaminhamentos, retorno, alta).
 - Orientações ao paciente/cuidador registradas.
4. Abrangência e escopo da especialidade
 - Registro compatível com a abrangência da especialidade (condutas dentro do escopo).
5. Contrarreferência e continuidade do cuidado
 - Contrarreferência registrada no ato da consulta, dirigida à UBS/ABS de origem.
6. Tempo assistencial e documentos específicos
 - Registro de tempo mínimo assistencial.
 - Preenchimento adequado das guias de TFD, APAC e LME, quando cabíveis.

Checklist B — Fisioterapia (clínica, domiciliar e hidro)

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-03, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro e solicitação
 - Registro de todos os atendimentos na Plataforma IDS Saúde.
 - Solicitação com conteúdo mínimo anexada/vinculada (indicação clínica + objetivo).
2. PTI – Plano Terapêutico Individual
 - PTI vigente, contendo:
 - versão/data e profissional responsável;
 - metas mensuráveis/funcionais;
 - periodicidade e carga horária por ciclo;
 - critérios de progressão, manutenção e alta.
3. Evolução por sessão
 - Evolução registrada em cada sessão, vinculada às metas do PTI (sem texto genérico).
 - Descrição das técnicas/recursos utilizados e resposta do usuário.
4. Relatório de ciclo / evolução periódica
 - Relatório ao final de cada ciclo, comparando metas × resultados.
 - Indicação de manutenção, ajuste ou alta.

5. Tempo assistencial e dimensionamento

- Registro de horário de início e término do atendimento.
- Cumprimento de dimensionamento e tempo mínimo assistencial conforme pactuação.

6. Contrarreferência e limites de uso

- Contrarreferência à UBS/ABS ao final de ciclo, alta ou suspensão.
- Limites de sessões, frequência e regras de renovação respeitados, conforme contrato/Protocolo.

Checklist C — Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional (Convencional e TEA)

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-03, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro e solicitação

- Registro de todos os atendimentos na Plataforma IDS Saúde.
- Solicitação com conteúdo mínimo anexada/vinculada.

2. PTI – Plano Terapêutico Individual

- PTI vigente com:
 - metas mensuráveis (clínicas e/ou funcionais);
 - periodicidade e carga por ciclo;
 - critérios de progressão, manutenção e alta.

3. Registro por atendimento (evolução)

- Registro por sessão vinculado às metas do PTI.
- Técnicas/recursos utilizados.
- Resposta clínica/funcional com indicadores objetivos quando possível.
- Participação familiar/cuidador registrada quando pertinente.
- Intercorrências e condutas definidas.

4. Relatório de ciclo / evolução periódica

- Relatório ao término de cada ciclo comparando metas x resultados.
- Proposta de continuidade, ajuste ou alta.

5. Contrarreferência e tempo assistencial

- Contrarreferência à UBS/ABS em alta, suspensão ou mudança relevante de conduta.
- Tempo mínimo assistencial comprovado (início–término, quando o sistema permitir).

6. Itens específicos para TEA

- Modelo/intervenção especificado (ABA, Denver, Denver adaptado, DIR/Floortime etc.).
- Metas funcionais com indicadores objetivos de evolução.
- Treino de cuidadores registrado (quando aplicável).
- Participação familiar/cuidador registrada quando aplicável.
- Respeito às proporções de atendimento TEA e à abrangência, tempo e frequência estabelecidas no Protocolo.

Checklist D — Laboratório

Indicadores relacionados: SLA-01 (no que couber), SLA-04, SLA-05

Checklist mínimo (fase atual e futura):

1. Documentos e identificação

- Guia/autorização adequada e identificação completa do paciente.
- Exame faturado compatível com a guia e com a solicitação da UBS/ABS.

2. Laudo e responsabilidade técnica

- Laudo emitido em meio físico ou digital, contendo identificação do paciente, do prestador e do responsável técnico.

- Assinatura eletrônica/digital ou assinatura manual, conforme normas específicas vigentes.

3. Disponibilização dos resultados – fase atual (sem integração eletrônica obrigatória)

- Laudo entregue ao usuário e/ou encaminhado à UBS/ABS de origem, conforme fluxo definido pelo CISCOPAR ou Secretaria de Saúde.

- Laudos mantidos arquivados pelo prestador e disponíveis para auditoria (cópia física ou digital sempre que solicitado).

4. Integração eletrônica ao IDS – fase futura (após implantação)

- Após a implantação e comunicação oficial do módulo de integração de resultados ao IDS Saúde, o prestador deverá:

- integrar eletronicamente ao IDS os laudos dos exames realizados para usuários regulados pelo CISCOPAR;

- garantir que o laudo integrado contenha identificação do prestador e do profissional responsável; manter a disponibilidade dos resultados no prazo pactuado em contrato ou ato próprio.

5. Intercorrências, rejeição e coleta

- Registro de intercorrências na coleta e conduta adotada (quando houver).

- Critérios de rejeição de amostra e necessidade de coleta registrados, quando aplicável.

Checklist E — Imagem (RX/US/TC/RM)

Indicadores relacionados: SLA-01 (no que couber), SLA-04, SLA-05

Checklist mínimo (fase atual e futura):

1. Documentos e identificação

- Guia/autorização adequada e identificação completa do paciente.

- Procedimento realizado compatível com a guia e com a solicitação da UBS/ABS.

2. Laudo e responsabilidade técnica

- Laudo emitido em meio físico ou digital, com identificação do profissional responsável.

- Assinatura digital/eletrônica ou assinatura manual, conforme exigência específica para o tipo de exame e a norma vigente.

3. Disponibilização dos resultados – fase atual (sem integração eletrônica obrigatória)

- Laudo entregue ao usuário e/ou encaminhado à UBS/ABS de origem, conforme fluxo definido pelo CISCOPAR.

- Laudos e, quando couber, imagens armazenadas pelo serviço e disponíveis à auditoria (cópia física ou digital) sempre que solicitados.

4. Integração de laudo e imagens ao IDS – fase futura (após implantação)

- Após a implantação e comunicação oficial do módulo de integração de exames de imagem ao IDS Saúde, o prestador deverá:

- integrar eletronicamente ao IDS os laudos dos exames realizados para usuários regulados pelo CISCOPAR;

- integrar, quando previsto, as imagens ou sumário de imagens ao IDS, garantindo acesso à ABS; manter o prazo de disponibilização dos resultados conforme pactuação contratual ou ato próprio.

5. Uso de contraste e repetição técnica

- Registro da indicação de uso de contraste, intercorrências e conduta adotada, quando houver.

- Registro de repetição técnica do exame, com motivo e conduta.

Checklist F — Procedimentos Ambulatoriais

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro e documentação
 - Registro de todos os atendimentos na Plataforma IDS Saúde.
 - Guia/autorização adequada e identificação completa do paciente.
2. Conteúdo do procedimento
 - Indicação clínica do procedimento.
 - Descrição da técnica realizada (ato assistencial), com compatibilidade com código faturado.
 - Materiais/implantes utilizados e lote, quando aplicável.
3. Intercorrências, anestesia e orientações
 - Registro de intercorrências/eventos adversos e conduta adotada.
 - Identificação do executor e dados de anestesia (tipo, responsável) quando houver.
 - Orientações pós-procedimento registradas.
4. Contrarreferência à ABS
 - Contrarreferência no ato à UBS/ABS antes do encerramento do episódio assistencial.

Checklist G — PICS (acupuntura, aurículo, ventosa etc.)

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro e solicitação
 - Registro de todos os atendimentos na Plataforma IDS Saúde.
 - Solicitação com conteúdo mínimo anexada/vinculada.
2. PTI e planejamento da intervenção
 - PTI vigente com metas mensuráveis, periodicidade e carga por ciclo.
 - Critérios de progressão/alta definidos.
3. Registro por atendimento (evolução)
 - Registro vinculado ao objetivo do PTI em cada sessão.
 - Técnicas/recursos aplicados (tipo de PICS).
 - Resposta clínica/funcional com indicadores quando possível.
 - Participação familiar (quando pertinente).
 - Intercorrências e condutas.
4. Relatório de ciclo
 - Relatório por ciclo comparando metas x resultados, com definição de continuidade, ajuste ou alta.
5. Segurança e contrarreferência
 - Plano/abordagem e aspectos de segurança (materiais, ambiente, higiene) registrados.
 - Contrarreferência/encaminhamento à UBS/ABS no ato, quando houver desfecho clínico ou mudança relevante de conduta.

Checklist H — Equoterapia

Indicadores relacionados: SLA-01, SLA-02, SLA-05

Checklist mínimo:

1. Registro e solicitação
 - Registro de todos os atendimentos na Plataforma IDS Saúde.

- Solicitação com conteúdo mínimo anexada/vinculada.
- 2. PTI e metas funcionais
 - PTI vigente com metas mensuráveis e funcionais.
 - Periodicidade e carga horária por ciclo.
 - Critérios de progressão/alta definidos.
- 3. Registro por atendimento (evolução)
 - Registro vinculado ao objetivo do PTI em cada sessão.
 - Técnicas/recursos utilizados (atividades, estímulos, uso do cavalo etc.).
 - Resposta clínica/funcional e indicadores de evolução.
 - Participação familiar/cuidador registrada quando pertinente.
 - Intercorrências e condutas.
- 4. Relatório de ciclo e contrarreferência
 - Relatório por ciclo comparando metas × resultados.
 - Contrarreferência/encaminhamento à UBS/ABS quando cabível.
- 5. Segurança assistencial e estrutural
 - Registro de segurança animal, estrutura física e EPIs, conforme normas internas.
 - Tempo mínimo assistencial por sessão conforme pactuação.

JOHN JEFERSON WEBER NODARI

Presidente do CISCOPAR

Toledo/PR