

Registrar uma reclamação contra um profissional ou instalação de saúde

Você tem o direito de registrar uma reclamação junto à Agência de Licenciamento de Profissões de Saúde (BHPL) se um profissional ou instalação de saúde violar os padrões de conduta profissional.

1. Antes de começar

Qualquer pessoa pode enviar uma reclamação contra um licenciado para que a Agência a analise. A BHPL recomenda que você registre a reclamação usando nosso [Portal de Reclamações Online](#).

1. Seja o mais específico possível na descrição da sua reclamação, incluindo local, data, nome do licenciado, nº do licenciado, testemunhas, etc. Use envios separados para cada pessoa e/ou instalação contra a qual você está registrando reclamações.
2. Inclua cópias de todos os registros médicos pertinentes, correspondências, contratos, fotografias e quaisquer outros documentos que apoiem cada uma de suas reclamações no momento do registro. **Você não poderá retornar à sua reclamação depois que ela for enviada.**
3. A Agência poderá solicitar tratamentos adicionais ou registros médicos do provedor para investigar sua reclamação, caso ela seja sobre o tratamento que você recebeu como paciente. O portal de reclamações online inclui uma autorização eletrônica para a liberação de tais registros.
4. Após o recebimento de sua reclamação, a Agência analisará cuidadosamente todas as informações disponíveis. A Agência poderá tomar uma das seguintes medidas:
 - a. Abrir uma reclamação formal e buscar uma ação disciplinar.
 - b. Abrir uma investigação de ação da equipe para determinar se há evidências de uma violação.

- c. Encerrar o assunto devido a evidências insuficientes, falta de jurisdição, ausência de violação estatutária ou regulatória, etc.
- 5. Se um Conselho abrir uma reclamação formal, ela poderá ser indeferida, resolvida com uma ação não disciplinar ou resultar em uma sanção disciplinar contra o licenciado.

Ações não disciplinares incluem:

- a. Carta de aconselhamento
- b. Liberdade condicional não disciplinar suspensa.

Ações disciplinares incluem:

- c. Repreensão
- d. Liberdade condicional
- e. Suspensão ou Revogação

O Conselho deve ter evidências claras de uma violação estatutária ou regulatória para impor uma sanção a uma licença.

- 6. O Conselho deve ter evidências claras de uma violação estatutária ou regulatória para impor uma sanção a uma licença.
- 7. Formulários de reclamação em papel estão disponíveis mediante solicitação. Por favor, ligue para a Agência de Licenciamento de Profissões de Saúde - Escritório de Proteção Pública pelo telefone (617) 973-0865 ou entre em contato por e-mail em bhplcomplaints@mass.gov.

2. Após registrar sua reclamação:

A Agência enviará a você, o reclamante, uma notificação por escrito se alguma medida adicional for tomada em relação à sua reclamação. O licenciado nomeado na reclamação poderá ser notificado e receber uma cópia da sua reclamação, além de ser solicitado a fornecer uma resposta por escrito às alegações.

A duração de uma investigação varia de caso para caso, dependendo da complexidade da investigação, particularmente se registros médicos ou outras informações pertinentes precisarem ser solicitados. Pode levar de um mês para análise até três anos para impor uma ação disciplinar.

Quando o caso for resolvido, você será notificado da ação tomada pela Agência, exceto no caso de reclamações anônimas.

Reclamações anônimas

Podemos, a nosso critério, investigar uma reclamação anônima se:

1. A reclamação alegar violações da lei ou regulamentos que justifiquem a ação do Conselho ou representem um perigo imediato para a saúde e segurança pública.
2. A reclamação contiver informações suficientes para conduzir uma investigação.
3. Evidências da suposta violação estiverem disponíveis em outras fontes.
4. A comprovação das alegações não necessitar da identificação e/ou testemunho da pessoa que registrou a reclamação.

Reclamações anônimas serão analisadas; no entanto, a Agência poderá não ser capaz de conduzir uma investigação completa ou buscar ação disciplinar se não for capaz de obter evidências comprobatórias de outras fontes.

Todos os casos são analisados e priorizados. A prioridade máxima é dada aos casos que representam uma ameaça potencial ou imediata de dano a um paciente ou pacientes.

Assuntos que estão fora da nossa autoridade

- Disputas de taxas, como pagamento por consultas perdidas.
- Disputas de faturamento, como o valor que um licenciado cobra pelos serviços.

- Conflitos de personalidade (a menos que tais conflitos atinjam o nível de conduta não profissional).

Para denúncia de fraude na saúde:

Você pode [enviar uma reclamação de fraude na saúde](#) contra profissionais e instalações licenciados pelo Conselho de Registro de Quiropráticos e pelo Conselho de Registro de Saúde Aliada.

Buscando mais informações sobre uma reclamação resolvida?

- Ações disciplinares e outras ações tomadas pelos conselhos de registro da BHPL estão disponíveis online.
- [Registros públicos podem ser solicitados à Agência de Licenciamento de Profissões de Saúde.](#)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
 AGÊNCIA DE LICENCIAMENTO DE PROFISSÕES DE SAÚDE
 TEL (617) 973-0865 FAX (617) 973-0985 TTY (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Por favor, preencha todos os campos abaixo com o melhor de seu conhecimento e seja o mais detalhado possível.
 Por favor, digite ou escreva de forma legível com caneta.

SUAS INFORMAÇÕES:

Sobrenome	Nome	Inicial do Nome do Meio
Endereço de Correspondência	Cidade	Estado
		Código Postal
Telefone #	E-mail	

NOME E ENDEREÇO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (use formulários separados para cada indivíduo ou empresa/instalação contra a qual você gostaria de registrar uma reclamação):

Sobrenome do Licenciado	Nome do Licenciado	Nº da Licença (se souber)
Nome da Empresa/Instalação		Nº de Telefone
Endereço da Empresa/Instalação		
Cidade	Estado	Código Postal
Nº da Licença da Empresa/Instalação (se souber): _____		

POR FAVOR, SELECIONE A PROFISSÃO OU INSTALAÇÃO À QUAL ESTA RECLAMAÇÃO SE REFERE:

- | | |
|--|--|
| ☐ Enfermeiro Registrado | ☐ Perfusionista |
| ☐ Enfermeiro Anestesiologista | ☐ Perfusionista Provisório |
| ☐ Enfermeiro Prático Avançado | ☐ Terapeuta de Cuidados Respiratórios |
| ☐ Enfermeiro Licenciado | ☐ Administrador de Cuidados de Longo Prazo (NHA) |
| ☐ Farmacêutico | ☐ Agente Comunitário de Saúde Certificado |
| ☐ Farmacêutico, Nuclear | ☐ Médico Naturopata |
| ☐ Técnico de Farmácia | ☐ Quiroprático |
| ☐ Assistente Médico (Physician Assistant) | ☐ Especialista em Aparelhos Auditivos |
| ☐ Dentista | ☐ Aprendiz de Especialista em Aparelhos Auditivos |
| ☐ Higienista Dental | |
| ☐ Assistente de Dentista | |

- | | |
|--|---|
| _____ Dietista e Nutricionista | _____ Assistente de Fisioterapia |
| _____ Ótico Dispensador | _____ Psicólogo Licenciado |
| _____ Podólogo | _____ Analista de Comportamento Aplicado |
| _____ Licença Limitada para Podólogo | _____ Assistente de Analista de Comportamento |
| _____ Optometrista | _____ Aplicado |
| _____ Fonoaudiólogo | _____ Psicólogo Educacional |
| _____ Fonoaudiólogo | _____ Terapeuta de Casamento e Família |
| _____ Assistente de Fonoaudiologia | _____ Conselheiro de Saúde Mental |
| _____ Assistente Social Licenciado | _____ Conselheiro de Reabilitação |
| _____ Assistente Social Certificado Licenciado | _____ Farmácia de Varejo/Drogaria |
| _____ Associado de Serviço Social Licenciado | _____ Distribuidor de Armazém |
| _____ Assistente Social Clínico Independente | _____ Instalação de Fisioterapia |
| _____ Licenciado | _____ Instalação de Terceirização Residente |
| _____ Treinador Atlético | _____ Instalação de Terceirização Não Residente |
| _____ Terapeuta Ocupacional | _____ Farmácia Nuclear |
| _____ Assistente de Terapia Ocupacional | _____ Instalação de Quiropraxia |
| _____ Fisioterapeuta | _____ Licença de Instalação de Fisioterapia |

POR FAVOR, SELECIONE A NATUREZA DA SUA RECLAMAÇÃO:

- | | |
|--|---|
| ☐ Erro de medicação | ☐ Fraude |
| ☐ Deficiência/Incapacidade (Impairment) | ☐ Condenação/conduita criminal |
| ☐ Prática além do escopo de atuação | ☐ Diagnóstico incorreto de condição |
| ☐ Abandono/negligência de paciente | ☐ Incapaz de obter registros ou radiografias |
| ☐ Prática sem licença | ☐ Reação adversa à sedação |
| ☐ Desvio de medicamentos | ☐ Abuso de paciente |
| ☐ Qualidade do atendimento prestado | ☐ Outros (por favor, especifique abaixo) |

DATA(S) DO(S) INCIDENTE(S): _____

Descrição do(s) incidente(s):

Por favor, descreva o(s) incidente(s) que levou/levaram à sua reclamação e anote os horários e datas em que os eventos ocorreram. Liste os nomes de todos os indivíduos envolvidos. Por favor, anexe páginas adicionais, se necessário.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

(Por favor, use uma folha separada, se necessário. Não escreva nas margens.)

PROVEDOR DE CUIDADOS DE SAÚDE ANTERIOR (se aplicável):

Nome _____ N° de Telefone _____

Rua _____ Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____

PROVEDOR DE CUIDADOS DE SAÚDE SUBSEQUENTE* (se aplicável):

**Anexe o relatório do provedor subsequente (se disponível).*

Nome _____ N° de Telefone _____

Rua _____ Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____

Você discutiu este assunto com o licenciado, o consultório do licenciado ou a instalação?

☐ sim ☐ não

Se sim, por favor forneça o nome e o número de telefone da pessoa contatada:

Data do contato: _____ **Como o contato foi feito? (telephone, e-mail, carta, pessoalmente):** _____

Resultado do contato: _____

Se houver testemunhas do incidente descrito em sua reclamação, por favor forneça o(s) nome(s) e número(s) de telefone da(s) testemunha(s) (se aplicável):

Você registrou esta reclamação em alguma outra agência estadual ou federal? ☐ sim ☐ não

Se sim, por favor explique: _____

Se a resolução desta reclamação exigir, você está disposto a testemunhar pessoalmente sobre este assunto em uma audiência formal?

☐ Sim, estou disposto. ☐ Não, não estou disposto.

Informações ou materiais adicionais anexados? ☐ Sim ☐ Não

Para agilizar o processo de reclamação, por favor envie cópias legíveis (NÃO originais) de toda a documentação pertinente que comprove o envio da sua reclamação (ex: contratos, registros médicos, cheques cancelados, etc.). A Agência enviará a você, o reclamante, uma notificação por escrito se alguma medida adicional for tomada em relação à sua reclamação. O licenciado nomeado na reclamação poderá ser notificado e receber uma cópia da sua reclamação, além de ser solicitado a fornecer uma resposta por escrito às alegações.

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE REGISTROS E ENCAMINHAMENTO DE RECLAMAÇÃO

Minha assinatura neste formulário, ou fotocópia da mesma, autoriza o Departamento de Saúde Pública, Agência de Licenciamento de Profissões de Saúde a: (1) receber cópias de todos os meus registros de saúde relacionados à minha reclamação; (2) compartilhar a reclamação e todos os registros coletados pela Agência de Licenciamento de Profissões de Saúde durante a investigação da minha reclamação com o licenciado para o uso do licenciado na resposta às alegações nesta reclamação; e (3) encaminhar minha reclamação para outras autoridades reguladoras e/ou de aplicação da lei para as providências adequadas.

Eu entendo que todas as reclamações são investigadas para determinar a sua base factual.

O ato de registrar uma reclamação e o seu recebimento e/ou investigação pelo DPH não significam que uma ação disciplinar será tomada contra o licenciado.

Declaro por meio deste que tenho pelo menos 18 anos de idade e afirmo sob as penas de perjúrio que as informações fornecidas em relação à reclamação acima são verdadeiras e corretas, segundo o melhor de meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do
Paciente ou
Representante Legal
(Anexar Documentação)

Data

Envie este formulário por correio para:
Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

APENAS PARA USO DO DPH::

Signature of Executive Director or Designated Board Representative

Date