


**ANS - nº 324477**

Protocolo Geral

**324477**

Protocolo Nº

Processo Nº

## Solicitação de Autorização Especial de Fisioterapia Domiciliar

Associado / beneficiário

Matrícula / dependente

Solicito autorização, em caráter excepcional, para tratamento fisioterápico no domicílio por tempo determinado considerando a impossibilidade de locomoção do benefício acima identificado. Como titular do plano, estou ciente de que, em sendo aprovada, trata-se de concessão especial, regida por condições regulamentares próprias, descritas neste documento, as quais tenho pleno conhecimento.

Cessado o número de sessões que venha a ser liberado, independente de indicação médica, será de minha inteira responsabilidade eventuais despesas e procedimentos referentes à continuidade do tratamento, sendo indicado para tanto, como responsável/cuidador \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ e grau de parentesco \_\_\_\_\_.

Local

Data

Assinatura do beneficiário

Assinatura do titular se diferente do beneficiário

### Condições Regulamentares do Benefício

- A CAPESESP avaliará solicitações de tratamento fisioterápico no domicílio em situações excepcionais, desde que preencha todos os pré-requisitos a seguir listados:
  - O associado se encontre impossibilitado de locomover-se por meios próprios e necessitando de tratamento fisioterápico;
  - As condições clínicas e condições terapêuticas por meio de fisioterapia deverão estar documentadas por meio de declaração médica (preenchimento do formulário "Declaração Médica para Fins de Solicitação de Autorização Especial de Fisioterapia Domiciliar");
  - O beneficiário deverá possuir um familiar responsável e cuidador que receba as orientações para continuidade dos cuidados necessários, quando for o caso;
- Somente serão analisados pedidos de fisioterapia domiciliar indicados por médicos;
- O número máximo de sessões de fisioterapia domiciliar, independente do tipo (motora, respiratória, ambas ou outra qualquer indicada), por usuário é de 20 (vinte) sessões no período de 12 meses, contados a partir da autorização formal da CAPESESP;
- O pagamento do profissional ou clínica que efetuará o tratamento no domicílio será feito diretamente pela Capesesp, não cabendo qualquer forma de reembolso;
- Em situações excepcionais, poderá a Capesesp autorizar o tratamento sob a forma de reembolso, limitado a um valor máximo por sessão, de acordo com a tabela praticada pela Capesesp com sua rede credenciada, e que será informado por escrito quando da liberação, se esta vier a ocorrer;
- O associado titular declara ter pleno conhecimento de que a CAPESESP analisará esse pedido com o objetivo específico de que o tratamento domiciliar ora indicado vise, principalmente;
  - Auxiliar o doente em sua reabilitação ou readaptação da capacidade funcional comprometida;
  - Prevenir incapacidades;
  - Treinar o cuidador sobre as condutas a serem tomadas frente a dependência do doente;
  - Regastar o máximo da capacidade funcional que este pode atingir em seu ambiente domiciliar;
  - Avaliar o ambiente domiciliar em relação às barreiras arquitetônicas que impedem a mobilidade e a locomoção do doente visando prevenção de acidentes e a melhoria da qualidade de vida, de acordo com suas limitações funcionais;
- Não serão analisados pedidos de fisioterapia domiciliar que não se enquadrem no previsto neste documento;
- O associado titular declara ter pleno conhecimento das condições regulamentares para análise da concessão desse benefício em caráter excepcional;
- O associado está ciente de que o não cumprimento das disposições contidas neste Regulamento implica no indeferimento do seu pedido.
- O associado tem pleno conhecimento de que a constatação de documentação falsa ou adulterada acarretará as sanções previstas em Lei.

### Reservado à CAPESESP

 DEFERIDO

 INDEFERIDO

OBSERVAÇÕES:

Local

Data

Assinatura