



JUSTIÇA FEDERAL
Tribunal Regional Federal da 1ª Região
Secretaria de Bem-Estar Social

Tratamento seriado **FISIOTERAPIA DOMICILIAR**

Julho/2016

I – REGRAS GERAIS

1. Legislação

- a. Os tratamentos seriados estão sujeitos à Resolução/Presi/Secbe n. 9, de 23/04/2014 – Regulamento Geral do Pro-Social – arts. 23 a 25.
- b. Código da tabela TRF: 70.09.001-7.

2. Cobertura

- c. A Fisioterapia Domiciliar é realizada em casos de pacientes impossibilitados de locomoção.
- d. Não se aplica a pessoas portadoras de deficiência física, com locomoção em cadeira de rodas.
- e. A falta de transporte e/ou dificuldades sociais do beneficiário não constituem motivos para autorizar o atendimento domiciliar.

3. Requisitos

- f. Relatório médico, expedido pelo médico assistente, justificando a necessidade da fisioterapia domiciliar em razão da incapacidade de locomoção do paciente, constando:
 - Nome do beneficiário;
 - Diagnóstico;
 - Quadro clínico do paciente detalhado;
 - Motivo clínico que o impede de ser removido do domicílio;
 - Periodicidade das sessões e duração do tratamento.
- g. Visita do médico perito/auditor ou enfermeiro auditor (se for o caso), previamente à autorização inicial do tratamento, que será agendada junto aos familiares, com vistas a avaliar o atendimento aos critérios para a concessão do tratamento domiciliar.
- h. Realização do tratamento por fisioterapeuta – preferencialmente da rede credenciada do Pro-Social.

4. Crítérios para concessão da fisioterapia domiciliar

- i. Beneficiários acamados que não andam e que não tenham condições clínicas de serem transportados em veículo comum para realizar a fisioterapia ambulatorial.
- j. Beneficiários em pós operatório de cirurgias ortopédicas decorrentes de doenças de coluna, quadril ou joelho e que, por ordem médica, estejam temporariamente impossibilitadas de se movimentarem. Neste caso, o atendimento de fisioterapia domiciliar terá cobertura até que o beneficiário tenha a permissão do médico assistente para voltar a se movimentar.

- k. É necessário que o familiar ou cuidador sempre estejam presentes ao atendimento.
- l. Condições de acesso seguro ao domicílio, conforme avaliação.
- m. Condições clínicas estáveis do paciente.

5. Autorização prévia

- a. A cobertura requer a autorização prévia pela administração do Programa, tanto na modalidade de livre-escolha quanto na Rede Credenciada.
- b. A autorização será feita no pedido médico original, pelo médico perito/auditor, e onde não houver, pelo enfermeiro auditor, o qual deverá ser apresentado ao profissional, na ocasião do tratamento.
- c. A realização do tratamento sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

6. Limite de autorização mensal

- d. O limite de autorização é de até **10 (dez) sessões mensais** para todos os tratamentos seriados. Havendo necessidade de realização de sessões acima do limite estabelecido (10 mensais), a Junta Médica deverá ser ouvida, podendo ou não autorizar a ampliação.
- e. Autorizações da Junta Médica do TRF1 **não têm efeito retroativo** para autorizar despesas realizadas acima do número permitido ou fora dos prazos autorizados, as quais estarão sujeitas ao custeio integral.
- f. Caso o beneficiário realize sessões acima do limite estipulado pela Junta Médica, arcará com o custeio integral das despesas.

7. Supervisão

- g. O tratamento poderá ser supervisionado e acompanhado pela **área de Fisioterapia** (no Tribunal) ou pelo médico perito (na Seccional) que, se julgar necessário, poderá solicitar relatório para avaliar a evolução.
- h. O beneficiário que, por qualquer motivo, não se adaptar ao trabalho do profissional ou não conseguir obter a empatia necessária para o tratamento tem o direito de buscar outro profissional que melhor atenda às suas expectativas, observadas as disposições contidas no art. 18 do Regulamento Geral.

8. Custeio

- i. Haverá incidência de custeio de **10% (dez por cento)** à conta do beneficiário titular, nos termos do art. 58 da Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014.
- j. Os custeios serão consignados em folha de pagamento do beneficiário titular em parcelas **mensais fixas de 5% da remuneração**, descontados o IR e a Previdência (PSS/INSS).
- k. Caso não seja aprovada a ampliação do tratamento e o beneficiário optar por continuá-lo por própria conta, custeará integralmente os valores devidos, sem direito a reembolso.

9. Reembolso

- l. Os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (fora da Rede Credenciada) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os procedimentos realizados por profissionais ou instituições credenciados, inclusive no que se refere às autorizações prévias, para garantia do direito ao reembolso. (Ver Rotina de Reembolso).

II – ROTINA

1. O beneficiário titular ou seu representante legal deverá apresentar a documentação necessária à autorização prévia do tratamento ao **gabinete da SECBE ou à DIVAF**, se vinculado ao TRF ou à **SEBES**, se vinculado a Seccional, conforme segue:
 - a) Pedido médico original, constando o CID ou diagnóstico;
 - b) Laudos de exames complementares;
 - c) Relatório médico mencionando o quadro clínico atual e as necessidades do paciente, conforme item 3.f.
2. A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica ou do médico perito, onde houver.
3. Será agendada visita do médico perito/auditor ou do enfermeiro auditor ao beneficiário, previamente à autorização, a fim de se comprovar o atendimento aos critérios para a concessão do tratamento domiciliar.
4. Serão autorizadas **até 10 (dez) sessões por mês**.
5. O formulário **Comprovante de Presença** deverá ser devidamente datado e assinado após a realização de cada sessão.
6. O beneficiário que não puder realizar as sessões previamente marcadas deverá avisar ao profissional que o atende com **antecedência de 24 horas**.
7. Se o beneficiário não avisar no prazo mencionado, o profissional poderá registrar a ausência como **falta injustificada** no **Comprovante de Presença** e cobrar a sessão. Neste caso, será lançado o custeio devido à conta do beneficiário titular.
8. Caso seja necessária a concessão de um número maior de sessões, o beneficiário deverá apresentar à SECBE/DIVAF ou à SEBES relatório médico justificando a demanda. A documentação será incluída No PAe, que deverá ser encaminhado à Junta Médica do Tribunal, para análise e emissão de laudo, a qual indicará a duração do tratamento proposto e a quantidade de sessões adicionais, se autorizar.
9. A Seccional que não possuir Junta Médica, encaminhará o PAe à SECBE, pelo SEI, após nova visita ao paciente, acompanhado de parecer do médico perito/auditor da Seccional, onde houver, ou do relatório do enfermeiro auditor, que submeterá a demanda à Junta Médica do Tribunal, e retornará os autos à SEBES com a decisão fundamentada no parecer da Junta Médica, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na Seccional.
10. O tratamento deverá ser supervisionado e acompanhado pela **área de Fisioterapia** (no Tribunal) ou pelo médico perito, ou enfermeiro auditor (na Seccional) que, se julgar necessário, poderá solicitar relatório para avaliar a evolução.
11. Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e estando o procedimento previamente autorizado pelo Programa, terá direito ao reembolso, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa. (Ver Rotina de Reembolso).

Fisioterapia Domiciliar

Base normativa: Resolução Presi/Secbe 9, de 23/04/2014 - Regulamento Geral do Pro-Social - arts. 23 a 25 (Código LPM/TRF1 70.09.001-7)

