

FOP 174.01 - SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR
INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Nome (Completo e sem abreviação):			
Beneficiário:	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	Idade:
Endereço:		CEP:	
Bairro:	Cidade:		UF:
Telefone com./res.: ()		Telefone celular: ()	
E-mail:			

QUADRO CLÍNICO

Resumo do histórico clínico (descrever a necessidade detalhada da fisioterapia e resultados dos exames realizados):

 Tipo de Fisioterapia: Respiratória Motora Outros: _____

Quantidade de sessões e periodicidade:

 1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana

 Outros: _____

 Período do tratamento: 15 dias 30 dias Outros: _____

CID:

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome do(a) Médico(a):

 Número do CRM: Telefone: ()
CONSIDERAÇÕES GERAIS

Serão cobertas sessões de fisioterapia domiciliar nos casos de total incapacidade de locomoção, comprovada por avaliação do Médico do ambulatório e somente homologada para as situações abaixo, complementadas com sessões de fisioterapia respiratória nos casos em que haja necessidade desta terapia:

- pacientes em pós-operatório de cirurgia de artroplastia do quadril;
- pacientes em pós-operatório de cirurgias neurológicas;
- pacientes com imobilização gessada dos membros inferiores (bilateral);
- pacientes com fratura do quadril;
- cirurgias ortopédicas de grande porte;
- pacientes com tetraplegia;
- pacientes com fraturas vertebrais, restritos ao leito;
- pacientes com DPOC severa, restritos ao leito; e
- pacientes com sequelas de AVC, restritos ao leito.

Todas as situações listadas devem estar com restrição ao leito comprovado por relatório médico.

UNIDADE ADMINISTRATIVA GESTORA: COSER/GEOPS	UNIDADE ADMINISTRATIVA ELABORADORA: COPEN/GEGOV
FOP 174.01	VIGÊNCIA A PARTIR DE: 19/06/2017
	DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 14/06/2017
	DATA DA PUBLICAÇÃO: 19/06/2017

Também serão cobertas as sessões de fisioterapia domiciliar nos casos de pacientes que receberam alta do Home Care, mas que permanecem com restrição ao leito e que necessitem de continuidade do tratamento fisioterápico motor e/ou respiratório, comprovado por Relatório Médico e do Fisioterapeuta que o acompanha.

Nos casos de necessidade de desospitalização do paciente quando esta for condicionada a continuidade do tratamento fisioterápico, a fisioterapia domiciliar fica autorizada baseada na avaliação da relação custo/benefício entre a internação hospitalar e a fisioterapia domiciliar, desde que atendidos os critérios listados acima.

A Fisioterapia Domiciliar trata-se de cobertura exclusiva do **CorreiosSaúde**.

ASSINATURA

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Assinatura do Beneficiário