



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná

*Manual de Procedimentos
Serviços de Fisioterapia*

*Curitiba
Abril 2009*

Disponível para consulta e impressão no site: www.caapr.org.br/fisioterapia.asp

Convênios

O credenciamento será firmado pela Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná (CAA/PR) para atendimento aos advogados e seus dependentes devidamente cadastrados.

As Subseções da Ordem dos Advogados do Paraná (OAB/PR) poderão indicar as Clínicas a serem conveniadas. Para tanto, deverão encaminhar as fichas de credenciamento e documentos necessários à Diretoria da CAA/PR para a devida análise.

A tabela de preços contempla procedimentos fisioterapêuticos e dermatofuncionais, dos quais o advogado ou dependente pagará 35% (trinta e cinco por cento) ou 80% (oitenta por cento) do tratamento, respectivamente, e a CAA/PR subsidiará o restante.

O paciente terá direito a utilização de 20 (vinte) sessões anuais, incluindo-se tanto tratamento fisioterápico como tratamento dermatofuncional. A vigência do limite anual se dá por exercício, ou seja, inicia-se em 1º de janeiro e encerra-se em 31 de dezembro de cada ano.

Documentação exigida para convênio (cópia simples)

Ficha-proposta (modelo anexo) devidamente preenchida;

Apresentação da Clínica (listagem de equipamentos e especialidades);

Contrato Social (e de suas posteriores alterações);

CNPJ;

Alvará da Prefeitura; *

Licença da Vigilância Sanitária; *

Vistoria do Corpo de Bombeiros; *

Registro de Empresa (RE);

Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF); *

Relação do corpo clínico, diploma e número do CREFITO dos fisioterapeutas que prestam serviços a favor da Clínica; *

Contrato particular de prestação de serviços dos fisioterapeutas com a Clínica (quando for o caso) e Alvará de Autônomo ou Registro como Funcionário da Clínica;

Logomarca (formato JPG) via e-mail a ser indicado no momento da vistoria da Clínica.

- manter atualizada essa documentação durante a vigência do convênio

Clínicas Conveniadas

Autorização para atendimento

A Clínica deverá solicitar junto a CAA/PR, através do telefone 0800 645 2005, a liberação do código de atendimento em nome do paciente.

Para essa liberação a clínica deverá fornecer:

- número da OAB do advogado;
- código de procedimento da tabela da CAA/PR de acordo com o diagnóstico médico;
- número de sessões;
- data da 1ª sessão;
- previsão de término.

Após conferência dos dados, a CAA/PR fornecerá uma senha que deverá constar no Controle das Sessões realizadas e na Guia de Faturamento, confirmando também o valor correspondente ao pagamento pelo Advogado e pela CAA/PR.

Pagamento das sessões

No ato da avaliação, o advogado pagará ao conveniado o percentual de 35% (trinta e cinco por cento) correspondente aos procedimentos fisioterapêuticos (Tabela I anexa) e 80% (oitenta por cento) para os procedimentos dermato-funcionais (Tabela II anexa).

A Clínica escolherá uma data mensal para encaminhar a Guia de Faturamento, devidamente acompanhada do Controle das Sessões realizadas, requisição com diagnóstico médico e nota fiscal. A Clínica remeterá essa documentação à sua respectiva Subseção.

A Subseção irá remeter essa documentação a CAA/PR com brevidade. O pagamento será realizado no prazo de 5 (cinco) dias úteis da data de chegada à Curitiba.

O pagamento será efetuado através de depósito bancário em conta corrente do conveniado.

Havendo eventuais dúvidas quanto a valores, a CAA/PR manterá o pagamento, a Clínica fará a interposição de recurso e, se necessário, a diferença do valor será corrigida no próximo mês.



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná

***Regulamento
Serviços de Fisioterapia***

***Curitiba
Abril 2009***

REGULAMENTO

para atendimento a advogados, e seus dependentes,
junto às Clínicas de Fisioterapia conveniadas pela CAA/PR

I. COMPETE AO ADVOGADO ASSISTIDO:

1. Sujeitar-se a prévia avaliação realizada por fisioterapeuta, para atendimento na Clínica;
2. Comparecer ao horário marcado - eventuais atrasos terão o tempo descontado na sessão: não há compensação de atrasos;
3. Realizar com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência eventual cancelamento de horário agendado, como condição para acolhida do cancelamento;
4. Comparecer às sessões agendadas - a ausência do paciente implica em cobrança da sessão como se realizada fosse;
5. Evitar desmarcar sessões agendadas, pois o atendimento continuado facilita a obtenção de resultados positivos no tratamento;
6. Pagar, no ato da avaliação, os percentuais de 35% das sessões para procedimentos fisioterapêuticos (Tabela I anexa) e de 80% para procedimentos dermato-funcionais (Tabela II anexa), conforme valores acordados em convênio;
7. Considerar-se ciente de que faz jus a até 20 (vinte) sessões anuais, incluindo-se tanto tratamento fisioterápico como tratamento dermato-funcional.
A vigência do limite anual se dá por exercício, ou seja, inicia-se em 1º de janeiro e encerra-se em 31 de dezembro de cada ano. As sessões não utilizadas dentro de um exercício não são cumulativas para o ano seguinte. Casos especiais, e mediante requisição médica, serão submetidos à prévia autorização da Diretoria da CAA/PR;
8. Considerar-se ciente de que é exigida prévia requisição médica, para procedimentos fisioterapêuticos (Tabela I anexa);
9. Assinar a guia de controle das sessões realizadas devidamente preenchida a cada atendimento.

II. COMPETE À CLÍNICA CONVENIADA:

1. Fazer a avaliação prévia para o atendimento - a avaliação está incluída no preço do tratamento;

2. Disponibilizar todos os seus equipamentos para atendimento do conveniado, não fazendo distinção no atendimento entre este e o paciente particular;
3. Prestar ao paciente informações precisas sobre interrupção e abandono do tratamento;
4. Prestar atendimento a advogado, e a seus dependentes regulares, exclusivamente por fisioterapeutas;
5. Não dar início a tratamento sem requisição médica - é exigência da CAA/PR que conste em requisição médica a solicitação de atendimentos específicos como acupuntura, reeducação postural global e hidroterapia;
6. Associar procedimentos fisioterapêuticos na mesma sessão somente quando estiver correlacionado com a queixa principal do paciente e/ou diagnóstico médico;
7. Fornecer recibo ao paciente de importâncias que receber relativas à sua parte de pagamento;
8. Manter atualizado seus dados cadastrais (endereço, telefone, novas especialidades, e-mail e nome da pessoa responsável por contatos) para divulgação aos associados da CAA/PR.
9. Entregar, na Subseção, Guia de Faturamento, nota fiscal, Controle das Sessões Realizadas, devidamente acompanhadas da requisição com diagnóstico médico, dos pacientes atendidos;
10. Obter liberação prévia, junto a CAA/PR através do 0800 645 2005, para iniciar o tratamento;
11. Comunicar à CAA/PR, quando necessário, alteração no Controle de Sessões Realizadas, através do 0800 645 2005;
12. Privilegiar, quando os atendimentos forem urgentes, pessoas de mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, gestantes e crianças menores de 5(cinco) anos de idade.

III. COMPETE À CAA/PR:

1. Efetuar o pagamento à Clínica credenciada, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir do recebimento da Guia de Faturamento e demais documentos encaminhados através da Subseção da OAB/PR;
2. Depositar em banco, agência e conta corrente que a Clínica indicar o pagamento de faturas recebidas;
3. Glosar eventuais cobranças irregulares, decorrentes da ausência de prévia liberação para o tratamento, encaminhamento de documento distinto do padrão instituído, indicação de código diverso da patologia, cobrança indevida de sessões não realizadas, etc;

4. Ausência do paciente implica em cobrança da sessão, como se realizada fosse. A CAA/PR pagará até duas faltas para cada Controle de Sessões Realizadas enviada pela Clínica.
5. Conceder prazo de até 30 (trinta) dias para interposição de recurso, pela Clínica conveniada, contra glosas efetuadas desde que fundamentado em razões de direito;
6. Reajustar os valores das tabelas vigentes;
7. Enviar o comprovante de pagamento diretamente para a Clínica;
8. A CAA/PR responsabiliza-se pelos pagamentos de tratamentos que foram autorizados, através de liberação do código de atendimento, encaminhada juntamente com a Guia de Faturamento, nota fiscal, Guia de Controle das Sessões Realizadas, devidamente acompanhadas da requisição com diagnóstico médico, dos pacientes atendidos.

IV. COMPETE À SUBSECÇÃO:

1. Receber a documentação da Clínica para pagamento à parte que cabe a CAA/PR (Guia de Faturamento, nota fiscal, Controle das Sessões Realizadas, devidamente acompanhadas da requisição com diagnóstico médico dos pacientes atendidos);
2. A Subseção deverá encaminhar os documentos recebidos através de ofício dirigido ao Presidente da CAA/PR com a devida brevidade, para que a CAA/PR possa cumprir o prazo de 5 (cinco) dias para pagamento após a contar da data de entrega pela Clínica na Subseção.



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná

Anexos
Serviços de Fisioterapia

Curitiba
Abril 2009



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

FICHA PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

<i>Razão Social</i>		
<i>Nome Fantasia</i>		
<i>CNPJ</i>	<i>Nome do Fisioterapeuta Responsável</i>	
	<i>Nº CREFITO</i>	
<i>Endereço</i>		<i>Telefone</i>
<i>Cidade</i>	<i>CEP</i>	<i>UF</i>
<i>Banco para depósito</i>	<i>Agência</i>	<i>Conta Corrente</i>
<i>Horário de Atendimento</i>	<i>E-mail</i>	
<i>Tratamentos Oferecidos</i>		
<i>Convênios</i>		
<i>Data</i>	<i>Assinatura</i>	

Informações:

Deverá ser preenchida e anexada a fotocópia dos seguintes documentos: Contrato Social (e alterações); CNPJ; Alvará da Prefeitura Municipal; Licença da Vigilância Sanitária; Vistoria do Corpo de Bombeiros; Relação do Corpo Clínico, Diploma, nº do CREFITO; Contrato de Prestação de Serviços e Alvará de Autônomo ou Registro como Funcionário da Clínica; Apresentação da Clínica; Registro de Empresa (RE) e Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF).

Os documentos deverão ser encaminhados à CAA/PR à Rua Brasilino Moura, 253 2º andar CEP 80540-340 Curitiba PR.



TABELA DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS
(Tabela I) em vigor desde 15.05.2006

<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>CÓDIGO</i>	<i>PREÇO CAA/PR</i>
Lesões do sistema nervoso periférico, ataxias e monoplegia	25.02.001	R\$ 8,75
Hemiplegia, hemiparesia, processos distróficos, síndromes, miopatias e Parkinson	25.02.002	R\$ 12,50
Paraplegia, paraparesia, quadriplegia e quadriparesia	25.02.003	R\$ 15,00
Alteração vascular periférica e/ou linfática, com distúrbio funcional ou pós-operatório em um segmento	25.03.001	R\$ 11,25
Alteração vascular periférica e/ou linfática, com distúrbio funcional ou pós-operatório em um ou mais de dois segmentos	25.03.002	R\$ 15,00
Afecções clínicas respiratórias	25.04.001	R\$ 8,75
Disfunção pulmonar clínica ou cirúrgica, requerendo condicionamento aeróbio	25.04.002	R\$ 12,50
Distúrbios funcionais de origem reumática ou ortopédica (degenerativa ou inflamatória) afetando um membro	25.06.001	R\$ 8,75
Distúrbios funcionais de origem reumática ou ortopédica (degenerativa ou inflamatória) afetando mais de um membro	25.06.002	R\$ 12,50
Rec. funcional pós-operatório ou pós-imobilização de um membro	25.06.003	R\$ 11,25
Rec. funcional pós-operatório ou pós-imobilização de mais de um membro	25.06.004	R\$ 12,50
Rec. funcional pós-operatório ou pós-imobilização da coluna vertebral sem comprometimento neurológico	25.06.005	R\$ 12,50
Alteração da coluna em um segmento	25.06.006	R\$ 11,25
Alteração da coluna em mais de um segmento	25.06.007	R\$ 12,50
Alteração da coluna a membros	25.06.008	R\$ 15,00
Reeducação Postural Global	25.06.009	R\$ 31,25
Cardiopatia clínica, requerendo condicionamento cardiovascular	25.07.001	R\$ 10,62
Cardiopatia clínica ou cirúrgica, requerendo condicionamento cardiovascular com monitorização cardíaca e/ou ventilo-respiratória	25.07.002	R\$ 15,00
Acupuntura	25.08.001	R\$ 31,25
Hidroterapia	25.08.002	R\$ 27,00

Limite de Sessões: 20 sessões anuais, incluindo-se tratamento fisioterápico e tratamento dermato-funcional, conforme item constante no Regulamento de Atendimento.

Pagamento: Advogado - 35% do valor do tratamento; CAA/PR - 65% do valor do tratamento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS DERMATO-FUNCIONAIS

(Tabela II) em vigor desde 15.05.2006

<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
25.100.001	Drenagem Linfática Manual Corporal	R\$ 18,75
25.100.002	Drenagem Linfática Manual Facial	R\$ 15,00
25.100.003	Drenagem Linfática Mecânica Corporal	R\$ 12,50
25.100.004	Drenagem Linfática Mecânica Facial	R\$ 12,50
25.100.005	Endermologia	R\$ 15,00
25.100.006	Photon Dome (gordura localizada)	R\$ 22,50
25.100.007	Ultra Som (celulite)	R\$ 15,00
25.100.008	Massagem Relaxante	R\$ 27,50
25.100.009	Massagem Modeladora	R\$ 18,75
25.100.010	Estimulação Russa Corporal	R\$ 15,00
25.100.011	Estimulação Russa Facial	R\$ 15,00
25.100.012	Pós Operatório	R\$ 25,00

Limite de Sessões: 20 sessões anuais, incluindo-se tratamento fisioterápico e tratamento dermatofuncional, conforme item constante no Regulamento de Atendimento.

Pagamento: Advogado - 80% do valor do tratamento; CAA/PR - 20% do valor do tratamento.

Tabelas com o Cálculo de Percentuais

Código	Valor/sessão	35%	CAA (diferença)
25.02.001	R\$ 8,75	R\$ 3,06	R\$ 5,69
25.02.002	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.02.003	R\$ 15,00	R\$ 5,25	R\$ 9,75
25.03.001	R\$ 11,25	R\$ 3,94	R\$ 7,31
25.03.002	R\$ 15,00	R\$ 5,25	R\$ 9,75
25.04.001	R\$ 8,75	R\$ 3,06	R\$ 5,69
25.04.002	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.06.001	R\$ 8,75	R\$ 3,06	R\$ 5,69
25.06.002	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.06.003	R\$ 11,25	R\$ 3,94	R\$ 7,31
25.06.004	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.06.005	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.06.006	R\$ 11,25	R\$ 3,94	R\$ 7,31
25.06.007	R\$ 12,50	R\$ 4,38	R\$ 8,12
25.06.008	R\$ 15,00	R\$ 5,25	R\$ 9,75
25.06.009	R\$ 31,25	R\$ 10,94	R\$ 20,31
25.07.001	R\$ 10,62	R\$ 3,72	R\$ 6,90
25.07.002	R\$ 15,00	R\$ 5,25	R\$ 9,75
25.08.001	R\$ 31,25	R\$ 10,94	R\$ 20,31
25.08.002	R\$ 31,25	R\$ 10,94	R\$ 20,31
Código	Valor/sessão	20%	CAA/PR (diferença)
25.100.001	R\$ 18,75	R\$ 15,00	R\$ 3,75
25.100.002	R\$ 15,00	R\$ 12,00	R\$ 3,00
25.100.003	R\$ 12,50	R\$ 10,00	R\$ 2,50
25.100.004	R\$ 12,50	R\$ 10,00	R\$ 2,50
25.100.005	R\$ 15,00	R\$ 12,00	R\$ 3,00
25.100.006	R\$ 22,50	R\$ 18,00	R\$ 4,50
25.100.007	R\$ 15,00	R\$ 12,00	R\$ 3,00
25.100.008	R\$ 27,50	R\$ 22,00	R\$ 5,50
25.100.009	R\$ 18,75	R\$ 15,00	R\$ 3,75
25.100.010	R\$ 15,00	R\$ 12,00	R\$ 3,00
25.100.011	R\$ 15,00	R\$ 12,00	R\$ 3,00
25.100.012	R\$ 25,00	R\$ 20,00	R\$ 5,00

TERMO DE CREDENCIAMENTO FISIOTERAPIA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Convênio Institucional a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ – CAA/PR**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 76.688.936/0001-19, sediada à Rua Brasilino Moura, 253, bairro Ahú, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, neste ato representada por seu Presidente, Manoel Cachenski Daher, OAB/PR nº 4.646, e, de outro lado, **XXXXXXXXXX**, pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ sob nº XXXXX, estabelecida à Rua XXX, bairro Centro, telefone (XX) XXXX-XXX, na cidade de **XXXXXXXXXX**, Estado do Paraná, neste ato representada por sua sócia titular XXXXX, abaixo assinada, Fisioterapeuta inscrita no Crefito sob nº XXXX-F, adiante denominada resumidamente como **CRENCIADA**, resolvem firmar o presente termo de credenciamento para atendimento aos associados da CAA/PR, nas condições a seguir especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

O presente credenciamento é feito para atendimento aos advogados devidamente inscritos na OAB/PR e em situação regular perante a mesma, e seus dependentes como tais reconhecidos na forma do Estatuto da CAA/PR, de **procedimentos de FISIOTERAPIA** na Clínica ora credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA:

O **CRENCIADO**, em seu endereço profissional antes mencionado atenderá aos associados da CAA/PR após a liberação do procedimento fisioterápico pela CAA/PR através da emissão do Código de Autorização (via telefone no **0800-645-2005**), em dias e horários definidos **anteriormente** entre o cliente associado e o mesmo.

CLÁUSULA TERCEIRA:

O **CRENCIADO** receberá parte de seus honorários profissionais referentes aos procedimentos de fisioterapia **diretamente do associado-paciente**, conforme Tabela de Remuneração pelos serviços prestados constante no **REGULAMENTO DE PROCEDIMENTOS PARA SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA (com tabelas anexas a este instrumento)**, cabendo a CAA/PR a **complementação do valor**, a ser efetuado mediante a apresentação da Guia de Faturamento e da Ficha de Controle de Pacientes (devidamente assinada pelos pacientes no momento do tratamento), entregues juntamente com a **nota fiscal** com valor a ser pago pela CAA/PR, com os devidos descontos.

CLÁUSULA QUARTA:

A **CRENCIADA** atenderá aos inscritos regularmente na OAB/PR mediante sua identificação profissional com apresentação da Cédula de Identidade de Advogado, e seus dependentes devidamente habilitados, na forma expressa no **REGULAMENTO DE PROCEDIMENTOS PARA SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA (anexas a este instrumento)**, igualmente disponíveis no *site* da Instituição sob endereço **www.caapr.org.br/fisioterapia.asp**, aos quais a **CRENCIADA** expressa neste ato seu conhecimento e concordância, sendo vedada a cobrança aos usuários de quaisquer outros valores a título de complementação pelos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA:

O presente convênio tem prazo de validade indeterminado, podendo ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicação expressa à outra com antecipação mínima de trinta dias, sem prejuízo aos associados-pacientes em atendimento na ocasião.

CLÁUSULA SEXTA:

A CAA/PR obriga-se a dar divulgação a seus associados, por todos os meios disponíveis e usualmente utilizados, do convênio ora celebrado.

E por estarem de acordo firmam nesta data o presente instrumento em duas vias de igual teor e para o mesmo fim.

Curitiba, XX de XXX de 2009.

MANOEL CACHENSKI DAHER
PRESIDENTE CAA/PR OAB/PR nº 4.646

XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX CLÍNICA DE FISIOTERAPIA



Declaração (Advogado/a)

Eu, _____, inscrito(a) na OAB/PR sob o nº _____, declaro estar ciente das condições e procedimentos constantes do Regulamento para atendimento a advogados e dependentes, em Clínicas de Fisioterapia credenciadas pela CAA/PR..

_____, ____ de _____ de 2009.



Declaração (Dependente)

***Eu, _____, dependente do(a) advogado(a) Dr(a).
_____, inscrito(a) na OAB/PR sob o nº _____,
declaro estar ciente das condições e procedimentos constantes do Regulamento para atendimento
a advogados e dependentes, em Clínicas de Fisioterapia credenciadas pela CAA/PR..***

_____, ____ de _____ de ____ 2009.



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná
Controle das Sessões Realizadas

Senha: _____

Data ____/____/____

Clínica de Fisioterapia: _____

Nome do Titular: _____

OAB: _____

Nome do Paciente: _____

Código do Procedimento: _____

Médico Responsável: _____

Fisioterapeuta Responsável: _____

<i>SESSÃO</i>	<i>DATA</i>	<i>ASSINATURA</i>
1 ^a		
2 ^a		
3 ^a		
4 ^a		
5 ^a		
6 ^a		
7 ^a		
8 ^a		
9 ^a		
10 ^a		

Pagamento:

Paciente - Valor: _____

CAA - Valor: _____

Valor total do Tratamento: _____



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná
Preenchimento da Nota Fiscal

NOME / RAZÃO SOCIAL		CGC / CPF	
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ		76.688.936/0001-19	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	
RUA BRASILINO MOURA, 253 2º ANDAR	CURITIBA	80540-340	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
CURITIBA	(41) 3250-5800	PR	ISENTO