

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| <p>Geral: para procedimentos/eventos que necessitam de autorização prévia, mas não especificados neste manual</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido do profissional assistente - nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data da solicitação, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver. ▪ Exames de imagem, quando houver. |
| <p>Cirurgia Plástica de Mama em decorrência de hipertrofias mamárias</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, medidas (distância intermamilar, distância dos mamilos à linha umbilical, circunferência mamária, circunferência torácica, distância do ombro ao mamilo), data da solicitação, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Resultado de exames, inclusive radiografias. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ○ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver. ▪ Exames de imagem, quando houver. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| <p>Cirurgia Plástica de Mama em decorrência de ginecomastia</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, data da solicitação, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Apresentação da avaliação do endocrinologista. ▪ Resultados de exames de imagem comprovando presença de glândulas mamárias. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica ou hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Cirurgia Plástica Reparadora de Abdômen em decorrência de abdômen em avental, globoso com ou sem panículo adiposo abundante, caindo sobre a região inguinal e raiz de coxas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, comorbidades e complicações (dermatite, candidíase de repetição, infecções bacterianas, hérnias, etc.), data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Cirurgia Plástica Reparadora de Cicatriz</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa (prejuízo funcional efetivo, medidas do queleide, sintomatologia dolorosa, retração de pele com aderência em planos profundos, presença de corpo estranho, etc.), diagnóstico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem. |
| <p>Cirurgia Plástica Reparadora de Má Formação Congênita</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa (informações sobre prejuízo funcional efetivo e sobre potencial pré-maligno), data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem. |
| <p>Cirurgia Reparadora de Mama em decorrência de mastectomia bilateral preventiva</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Resultado de exame: <ul style="list-style-type: none"> ○ anatomopatológico positivo para malignidade, em uma das mamas, ou ○ genético indicando probabilidade de desenvolvimento de neoplasia maligna de mama. ○ exames de imagem (a data de realização/emissão não pode ser superior a 6 meses). ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Cirurgia Reparadora de Mama em decorrência de mastectomia subdérmica</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| | <p>extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultado de exames: <ul style="list-style-type: none"> ○ anatomopatológico positivo para malignidade, sem comprometimento ganglionar. ○ exames de imagem (a data de realização/emissão não pode ser superior a 6 meses). ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Cirurgia Reparadora de Mama para substituição da prótese mamária</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, diagnóstico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Comprovante da marca PIP ou ROPIL utilizada na prótese atual e resultado de exames de imagem. ▪ Resultados de exames, inclusive exames de imagem (no caso de exames de imagem, a data de realização/emissão não pode ser superior a 6 meses). ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Cirurgia Plástica Reparadora de Nariz em decorrência de comprometimento da função respiratória</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Relatório emitido pelo médico otorrinolaringologista com nome completo do paciente, histórico de tratamentos, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem. |
| <p>Cirurgia Reparadora de Nariz em decorrência de mutilação extensa causada por tratamento cirúrgico por exérese de tumoração</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. <p>Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME.</p> |
| <p>Cirurgia Reparadora de Nariz em decorrência de traumatismo</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório médico com nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Resultado de exames, inclusive exames de imagem que comprovem a fratura. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |
| <p>Laqueadura Tubária</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido Médico - nome completo da paciente, idade, procedimento solicitado com justificativa, data provável do ato cirúrgico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">○ Tipo de internação – clínica, hospitalar ou hospital-dia.○ quantidade de diárias previstas para o procedimento.▪ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver.▪ Relatório médico detalhado, informando sobre:<ul style="list-style-type: none">○ risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto.○ na realização durante o período de parto ou aborto, informar a quantidade de cesarianas anteriores e se são sucessivas ou não.▪ Termo de Declaração e Compromisso, Anexo III, RH223. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| <p>Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo médico com nome completo do paciente, idade, procedimento solicitado, IMC, comorbidades, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Informações adicionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ histórico da doença (diagnóstico e evolução) ○ tratamentos anteriores e períodos de duração ○ tempo de instalação da obesidade mórbida ▪ Para o beneficiário com idade acima de 65 anos, além das informações acima, é obrigatória a apresentação de laudo de avaliação individual por equipe multiprofissional que contenha avaliação do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento. ▪ Para beneficiário com idade entre 16 e 18 anos, além das informações acima, é obrigatória a apresentação de avaliação individual por equipe multiprofissional, que contenha o escore-z, a idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. ▪ Resultado de exames, inclusive radiografias. ▪ Avaliação psiquiátrica relacionada à solicitação, quando houver. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar ou hospital-dia. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|------------------------------------|--|
| <p>Geral com internação</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pedido do profissional assistente - nome completo do paciente, procedimento solicitado com justificativa, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional.▪ Informação sobre:<ul style="list-style-type: none">○ hospital onde será realizado o procedimento.○ Tipo de internação – clínica, hospitalar ou hospital-dia.○ quantidade de diárias previstas para o procedimento.▪ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver.▪ Exames de imagem, quando houver.▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| <p>OPME - Solicitação de autorização de ÓRTESE</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pedido do profissional assistente contendo as informações a seguir:<ul style="list-style-type: none">○ justificativa para indicação da órtese solicitada;○ descrição(ões) do(s) material(is);○ relato sobre a existência de risco à vida do paciente;○ relato se já houve tentativa de outros tratamentos e quais os resultados das tentativas efetuadas.○ marca ou modelo, quantidade, fabricante○ registro válido de autorização da ANVISA para comercialização do produto○ indicação de dispositivo permanente ou transitório○ indicação de dispositivo interno ou implantado (implantado total ou parcial por ato cirúrgico ou percutâneo)○ telefone e e-mail do profissional.▪ No caso de CPAP deverá ser apresentado resultado do exame de Polissonografia.▪ Outros exames de imagem, se for caso, dependendo da órtese solicitada. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| <p>OPME – Solicitação de autorização de PRÓTESE</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pedido do profissional assistente contendo as informações a seguir:<ul style="list-style-type: none">○ justificativa para indicação da Prótese solicitada;○ descrição(ões) do(s) material(is);○ relato sobre a existência de risco à vida do paciente;○ relato se já houve tentativa de outros tratamentos e quais os resultados das tentativas efetuadas.○ marca ou modelo, quantidade, fabricante○ registro válido de autorização da ANVISA para comercialização do produto○ indicação de dispositivo permanente ou transitório○ indicação de dispositivo interno ou implantado (implantado total ou parcial por ato cirúrgico ou percutâneo)○ telefone e e-mail do profissional. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| <p>OPME – Solicitação de autorização de MATERIAL ESPECIAL</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Pedido do profissional assistente contendo as informações a seguir:<ul style="list-style-type: none">○ justificativa para indicação do Material Especial solicitado;○ descrição(ões) do(s) material(is);○ relato sobre produto como instrumento indispensável à realização dos atos cirúrgicos ou do procedimento diagnóstico invasivo;○ relato quanto a existência de risco à vida do paciente;○ relato se já houve tentativa de outros tratamentos e quais os resultados das tentativas efetuadas.○ marca ou modelo, quantidade, fabricante○ registro válido de autorização da ANVISA para comercialização do produto○ indicação de dispositivo permanente ou transitório;○ indicação de material a ser implantado ou não (se implantado, informar implantado total ou parcial por ato cirúrgico ou percutâneo);○ telefone e e-mail do profissional. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|---|
| <p>Tratamento da Obesidade Mórbida – Colocação de balão intragástrico por via endoscópica</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Laudo médico com nome completo do paciente, idade, procedimento solicitado, IMC, comorbidades, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional.▪ Informações adicionais:<ul style="list-style-type: none">○ plano de tratamento○ histórico da doença (diagnóstico e evolução)○ tratamentos anteriores e períodos de duração○ período de instalação da obesidade mórbida▪ Resultado de exames, inclusive radiografias.▪ Avaliação psiquiátrica relacionada à solicitação, quando houver.▪ Informação sobre:<ul style="list-style-type: none">○ hospital onde será realizado o procedimento.○ Tipo de internação – clínica, hospitalar ou hospital-dia.○ quantidade de diárias previstas para o procedimento.▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|--|
| <p>Tratamento da Obesidade Mórbida – Colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo médico com nome completo do paciente, idade, procedimento solicitado, IMC, comorbidades, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Informações adicionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ histórico da doença (diagnóstico e evolução) ○ tratamentos anteriores e períodos de duração ○ período de instalação da obesidade mórbida ▪ Resultado de exames, inclusive radiografias. ▪ Avaliação psiquiátrica relacionada à solicitação, quando houver. ▪ Informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ hospital onde será realizado o procedimento. ○ Tipo de internação – clínica, hospitalar ou hospital-dia. ○ quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Se o procedimento tem a previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial (OPME), ver itens específicos de OPME. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---------------------------------------|---|
| <p>Tratamento Odontológico</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido do dentista - nome completo do paciente, plano de tratamento, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional, ou GTO; telefone e e-mail do profissional. ▪ Plano de tratamento - descrição detalhada dos procedimentos, dentes, faces, material restaurador, segmentos, região, descrição da situação clínica e justificativa para realização do procedimento. ▪ Se o procedimento clínico tem previsão de realização em ambiente hospitalar, além das informações acima, deverá ser justificado atendimento em ambiente hospitalar, e indicado o hospital onde será realizado o procedimento. ▪ Em caso de procedimento cirúrgico com a presença de médico anestesiológico, deverá ser indicado o hospital e a quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Resultados de exames, laudos radiográficos, radiografias (identificada com data, nome do paciente e dente/região) e imagens em formato digital (fotografia ou digitalização). |
| <p>Tratamento Periodontal</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido do dentista - nome completo do paciente, plano de tratamento, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional, ou GTO; telefone e e-mail do profissional. ▪ Prontuário periodontal. ▪ Plano de tratamento - descrição detalhada dos procedimentos, dentes, segmentos, região, técnica a ser utilizada, descrição da situação clínica e justificativa para realização do procedimento. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se o procedimento clínico tem previsão de realização em ambiente hospitalar, além das informações acima, deverá ser justificado atendimento em ambiente hospitalar, e indicado o hospital onde será realizado o procedimento. ▪ Em caso de procedimento cirúrgico com a presença de médico anestesiológico, deverá ser indicado o hospital e a quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Resultados de exames, laudos radiográficos, radiografias (identificada com data, nome do paciente e dente/região) e imagens em formato digital (fotografia ou digitalização). |
| <p>Tratamento Quimioterápico</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido do profissional assistente - nome completo do paciente, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Plano de Tratamento - descrição detalhada, inclusive com peso (kg), altura (cm), superfície corporal (m²), estadiamento, tipo da quimioterapia, finalidade do tratamento, ECOG (escala de capacidade funcional - Zubrod), plano terapêutico (número de ciclos, intervalo entre ciclos, ciclo atual e dias do ciclo atual), medicamento (descrição, doses previstas, via de administração, quantidade de doses/dia). ▪ Se o procedimento tem previsão de realização em ambiente hospitalar, além das informações acima, deverá ser indicado o hospital onde será realizado o procedimento. Havendo a previsão de internação clínica ou hospitalar deverá ainda ser indicada a quantidade de diárias previstas para o procedimento. ▪ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|--|
| <p>Vasectomia</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido médico contendo nome completo do paciente, idade, procedimento solicitado com justificativa, data provável do ato cirúrgico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional, telefone e e-mail do profissional. ▪ Laudo de exames relacionados à solicitação, quando houver. ▪ Termo de Declaração e Compromisso, Anexo III do RH223. |
| <p>Internação do dependente químico</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido médico contendo nome completo do paciente, idade, procedimento solicitado com justificativa, data provável do ato cirúrgico, data, assinatura do profissional sob carimbo legível, que deve conter o nome por extenso do profissional, número do registro no Conselho Profissional, e CPF do profissional; telefone e e-mail do profissional. ▪ Relatório detalhado fornecido pelo profissional assistente da clínica especializada, constando diagnóstico, CID 10, indicação e plano/protocolo de tratamento. |
| <p>Programa de Atenção ao Diabético</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 03 orçamentos; ▪ relatório do médico assistente que contemple as informações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> ○ que o beneficiário está em condições de efetuar a aferição da glicemia capilar; ○ tipo/modelo da bomba indicada; ○ informações comprovando que o beneficiário atende a um dos critérios a seguir: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipoglicemias graves – pelo menos um episódio com o tratamento anterior, com perda de consciência e/ou crise convulsiva; ▪ Hipoglicemias despercebidas (disautonomia), ou seja, situação clínica em |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|---|
| | <p>que o paciente não percebe os sintomas de hipoglicemia pela ausência de resposta neuroadrenérgica;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controle metabólico instável, com oscilações glicêmicas extremas de difícil compreensão, preferencialmente confirmadas pelo sensor de glicose subcutâneo contínuo; ▪ Início de complicações crônicas (microalbuminúria, retinopatia); ▪ Gestação com Diabetes Mellitus “tipo 1” (idealmente no período da concepção). <p>○ telefone e e-mail do profissional.</p> |
| <p>Cirurgia buco-maxilo-facial maior e ortognática</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ laudo circunstanciado do cirurgião-dentista contendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ descrição completa da patologia, da técnica cirúrgica com indicação do CID, classificação esquelética e prognóstico; ○ discriminação e justificativa técnica do material especial a ser usado na cirurgia, em consonância com a Resolução nº 115, de 2012, do Conselho Federal de Odontologia. ○ telefone e e-mail do profissional. ▪ relatório técnico para cirurgia buco-maxilo-facial e ortognática, Anexo IX do RH223, preenchido e assinado pelo cirurgião-dentista assistente; ▪ documentação ortodôntica recente (período inferior a 1 ano) contendo, no mínimo: radiografia panorâmica, telerradiografia com análise cefalométrica, modelos de estudo, fotos intra e extra-bucais. Outros exames complementares relacionados ao caso (ex: polissonografia), deverá apresentá-los para análise; ▪ traçado predictivo manual (em folha de acetato) ou digital (software): descrever as direções e mensurações em mm dos movimentos dos maxilares; |

| Tipo | Documentação Mínima |
|-------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">relatório circunstanciado do ortodontista, contendo diagnóstico facial, dentário e esquelético, prognóstico, breve relato do preparatório ortodôntico para cirurgia, recomendação da cirurgia e, inclusive, a concordância com o momento cirúrgico;03 (três) orçamentos com discriminação do material especial, de marcas diferentes, e seus respectivos registros vigentes na ANVISA. |
| Assistência Domiciliar | <ul style="list-style-type: none">requerimento do tratamento assinado pelo beneficiário ou solicitação assinada pelo seu representante;relatório médico, especificando o início e a gravidade da doença, a indicação e o tipo de atendimento domiciliar necessário; telefone e e-mail do profissional.laudos e/ou resultados de exames;para enfermagem apresenta, ainda, o registro no COREN do enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, cópias da Carteira de Identidade e do CPF do profissional, e, no caso de empresa jurídica, apresenta os dados do responsável técnico;para cuidador apresenta, ainda, cópia da carteira de identidade, CPF e declaração que não possui parentesco com o beneficiário atendido;para nutrição enteral apresenta, ainda, prescrição da alimentação pelo médico assistente ou nutricionista, quantidade diária necessária e a previsão do tempo de utilização e 3 orçamentos. |
| Internação Domiciliar | <ul style="list-style-type: none">solicitação de internação domiciliar assinada pelo beneficiário ou responsável do tratamento assinado Anexo II do RH223;termo de compromisso de atenção domiciliar (consentimento informado) Anexo VII do RH223;termo de designação do cuidador Anexo VIII do RH223; |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatório médico, especificando o início e a gravidade da doença, a indicação e o tipo de atendimento domiciliar necessário; telefone e e-mail do profissional. ▪ laudos e/ou resultados de exames; ▪ outros documentos solicitados pela CESAD. |
| <p>Assistência Geriátrica</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatório detalhado fornecido pelo profissional assistente constando diagnóstico, indicação e plano de tratamento; telefone e e-mail do profissional. ▪ relatório detalhado fornecido por psicólogo atestando que a família não tem condição afetiva de manter o idoso em casa e que o beneficiário não necessita do convívio familiar; telefone e e-mail do profissional. ▪ outros documentos solicitados pela CESAD. |
| <p>PRM – Programa de Reembolso de Medicamento</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição Médica Para Inscrição no Programa de Reembolso De Medicamentos – PRM, Anexo IV do RH223; ▪ exame laboratorial e/ou de imagem, quando houver; ▪ outros documentos solicitados pela GESAD. |
| <p>Cadeira de rodas (custeio exclusivo pela modalidade de Livre Escolha)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo Técnico, Anexo V do RH223, assinado pelo médico assistente, no caso de aparelho auditivo; ▪ laudos de exames realizados; ▪ outros documentos solicitados pela CESAD ou auditoria contratada |
| <p>Aparelho auditivo (custeio exclusivo pela modalidade de Livre Escolha)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laudo Técnico Anexo V, do RH223, assinado pelo médico assistente, no caso de aparelho auditivo; telefone e e-mail do profissional. ▪ laudos de exames realizados; ▪ 3 orçamentos, no caso de aparelho auditivo; |

| Tipo | Documentação Mínima |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ outros documentos solicitados pela CESAD ou auditoria contratada |
| <p>Procedimentos odontológicos realizados exclusivamente pela modalidade de Livre Escolha</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatório do dentista assistente; telefone e e-mail do profissional. ▪ exames radiográficos realizados em até 6 meses antes da solicitação de autorização, com resolução visual passível de análise, datados e identificados com o nome do paciente e com o dente ou região; ▪ outros documentos solicitados pelo dentista da CAIXA. |
| <p>Remoção</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório do médico assistente, constando a situação clínica do beneficiário, a justificativa da necessidade da remoção, o tipo de transporte mais adequado a ser utilizado; telefone e e-mail do profissional. ▪ 3 orçamentos, se for pela modalidade de Livre Escolha u pelo Escolha Dirigida com prestador credenciado sem tabela negociada; |
| <p>Assistência fisioterápica (inclusive sessões de pilates) ambulatorial ou domiciliar (no caso de situações que requerem autorização prévia conforme RH223</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatório detalhado do profissional assistente que indicou a assistência fisioterápica, contendo diagnóstico, CID, indicação; telefone e e-mail do profissional. ▪ relatório do fisioterapeuta constando plano do tratamento, período e quantidade de sessões; ▪ exames e laudos radiográficos quando solicitados pela empresa de auditoria. |
| <p>Acompanhamento Terapêutico (por psicólogo)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitação do médico assistente ou pelo psicólogo, com justificativa e indicação da proposta do projeto terapêutico; telefone e e-mail do profissional. ▪ para acompanhamento terapêutico o plano de tratamento, constando atividades e duração, realizado por profissional responsável pelo acompanhamento. |

| Tipo | Documentação Mínima |
|---|--|
| <p>Avaliação Neuropsicológica (por psicólogo)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitação do médico assistente ou pelo psicólogo, com justificativa e indicação da proposta do projeto terapêutico; telefone e e-mail do profissional. ▪ para acompanhamento terapêutico o plano de tratamento, constando atividades e duração, realizado por profissional responsável pelo acompanhamento. |
| <p>Psicodiagnóstico (por psicólogo)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitação do médico assistente ou pelo psicólogo, com justificativa e indicação da proposta do projeto terapêutico; ▪ para acompanhamento terapêutico o plano de tratamento, constando atividades e duração, realizado por profissional responsável pelo acompanhamento. |
| <p>Assistência à pessoa com Deficiência</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ laudo médico e resultados de exames; telefone e e-mail do profissional assistente; ▪ relatório detalhado fornecido pelo profissional assistente, constando histórico da patologia, CID 10 e plano de tratamento; ▪ outros documentos julgados necessários pela CESAD de atendimento. |
| <p>Auxílio para escola especializada ou escola normal includente</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração da Escola; ▪ Laudo do profissional da escola que acompanha o beneficiário do Saúde CAIXA; telefone e e-mail do profissional. ▪ Relatório do progresso escolar, em caso de prorrogação do auxílio. |
| <p>ASSISTÊNCIA PARA TRANSTORNO GERAL DO DESENVOLVIMENTO E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitação do médico assistente contendo justificativa, indicação do acompanhamento terapêutico, com as respectivas especialidades e quantidade de sessões semanais, CID 10, telefone e e-mail do profissional; |

| Tipo | Documentação Mínima |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ se for pela modalidade livre escolha:<ul style="list-style-type: none">○ orçamento contendo programação das terapias com a quantidade de sessões semanais, valor unitário, local de atendimento, dia e hora disponíveis para realização do atendimento;○ comprovação de habilitação do método/técnica do profissional assistente, no caso de solicitação de metodologia específica.<ul style="list-style-type: none">▪ para especialização ABA: cópia do Certificado de no mínimo 40 horas de especialização;▪ para especialização nas demais metodologias: cópia do Certificado de no mínimo 12 horas de especialização;▪ outros documentos julgados necessários pela CESAD. |