|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **Dados do paciente** | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | Idade | |
| **Dados do médico solicitante Local realização** | | | | | | | |
| Nome: | | | | Prestador: | | | |
| **Procedimento(s):** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Material:** | | | | | | | |
|  | **Características:** | ( ) Material Especial | ( ) Órtese | | ( ) Prótese | |  |
|  | Tipo / Matéria prima: | | | | | |  |
|  | Dimensões: | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Material:** | | | | | | | |
|  | **Características:** | ( ) Material Especial | ( ) Órtese | | ( ) Prótese | |  |
|  | Tipo / Matéria prima: | | | | | |  |
|  | Dimensões: | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Material:** | | | | | | | |
|  | **Características:** | ( ) Material Especial | ( ) Órtese | | ( ) Prótese | |  |
|  | Tipo / Matéria prima: | | | | | |  |
|  | Dimensões: | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Material:** | | | | | | | |
|  | **Características:** | ( ) Material Especial | ( ) Órtese | | ( ) Prótese | |  |
|  | Tipo / Matéria prima: | | | | | |  |
|  | Dimensões: | | | | | |  |
|  | | | | | | | |

**RESOLUÇÃO CFM N° 1.956/2010**

**Art. 1°** Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

**Art. 2°** O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.

**Art. 3°** É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

**Art. 4°** As autorizações ou negativas devem ser acompanhadas de parecer identificado com o nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável pelo mesmo.

**Art. 5°** O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas.

**Parágrafo único**. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à ANVISA, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB ([implantes@amb.org.br](mailto:implantes@amb.org.br)),para as providências cabíveis.

**Art. 6°** Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição pública, deverá, de comum acordo, ser escolhido um médico especialista na área, para a decisão.

§ 1° Esta decisão não deverá ultrapassar o prazo de cinco dias úteis, contados a partir do conhecimento do responsável pela arbitragem.

§ 2° Cabe arbitragem mesmo nas situações de emergências, quando não for possível pré-autorização e tenha sido usado o material implantável, órtese ou prótese.

|  |  |
| --- | --- |
| **FIQUE ATENTO:**   1. **Não cabe a indicação de marca e ou de fornecedor do material solicitado**. A OPERADORA liberará o procedimento desde que haja previsão de cobertura contratual e o material liberado corresponderá ao tipo, matéria prima e dimensões indicadas pelo médico assistente e nisto atendendo as regras estabelecidas pelas agências reguladoras (ANS e ANVISA – que, dentre outras, **vedam a indicação de fornecedor e ou marca**). 2. Em caso de alguma divergência, atender-se-á ao disposto nos artigos 5º e 6º da Resolução CFM 1.956/10 acima transcrita.   **A opção por material diverso do liberado pela OPERADORA implicará na assunção pelo interessado de toda e qualquer responsabilidade e ou obrigação decorrente do implante em si considerado bem como decorrente dos custos do material e instrumental eventualmente necessário para a variante eventualmente opcionada.** | |
| \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do médico assistente |