

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

Ao(A) Dr(a). [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO]

DIVERGÊNCIA ASSISTENCIAL E COMPOSIÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (PROFISSIONAL ASSISTENTE)

Sr(a).

A [nome da operadora] recebeu solicitação para autorização do procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], referente ao beneficiário(a) [nome do beneficiário(a), código de identificação, outros dados de identificação].

Após análise da documentação apresentada, o auditor desta operadora constatou divergência técnico-assistencial no que se refere a [descrever o motivo da divergência, incluindo OPME].

Caso discorde e queira manter sua indicação, informamos que será necessária a realização de Junta Médica ou Odontológica para dirimir a divergência assistencial identificada, nos termos da Resolução Normativa CONSU nº 8, de 1998, e da Resolução Normativa nº [xx], de 2017, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para tanto, solicitamos que indique, dentre os profissionais abaixo listados, aquele que deverá atuar como desempatador da divergência descrita.

1ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
2ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
3ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
4ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]

Informamos que o prazo para resposta é de 2 dias úteis a contar do recebimento deste documento. A resposta deve ser encaminhada através do [incluir canais de comunicação] através das seguintes formas [incluir formas possíveis de notificação].

Para maiores esclarecimentos, solicitamos que entre em contato com o auditor da operadora através dos canais de comunicação abaixo disponibilizados. Reiteramos que na ausência de resposta, intempestividade ou recusa da indicação do desempatador, será dado seguimento à Junta Médica ou Odontológica com profissional indicado pela operadora, dentre os acima listados e a decisão deverá ser acatada, para fins de cobertura assistencial.

Informamos que cópias de documentos e exames que fundamentaram a solicitação deverão ser entregues ao desempatador caso solicitado, através dos canais [incluir os canais].

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

Ao(A) Sr(a). [Nome do(a) beneficiário(a)], [código de identificação]

DIVERGÊNCIA ASSISTENCIAL E COMPOSIÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (BENEFICIÁRIO/A)

Sr(a).

A [nome da operadora] recebeu solicitação para autorização do procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], pelo seu Médico/Cirurgião-dentista - Dr. [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO].

Após análise da documentação apresentada, o(a) Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista auditor(a) desta operadora discordou do procedimento/material solicitado, [descrever a discordância em linguagem acessível e clara].

Em função da discordância entre os profissionais, será necessária a realização de uma Junta Médica ou Odontológica ¹ para decidir sobre o seu caso. O(A) seu Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista já foi informado sobre a divergência e deverá indicar, dentre os quatro nomes abaixo sugeridos, um terceiro profissional para opinar sobre o caso (profissional desempatador). Os profissionais sugeridos foram:

1ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
2ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
3ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
4ª opção	[Nome do Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]

Informamos que o(a) seu(ua) Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista terá o prazo de 2 dias úteis a contar do recebimento da notificação que lhe foi encaminhada, para indicar o(a) profissional desempatador(a) que decidirá sobre o seu caso. Na ausência de resposta, resposta fora do prazo ou recusa da indicação do desempatador, será dado seguimento à Junta Médica ou Odontológica com profissional indicado(a) pela operadora, dentre os acima listados e a decisão deste(a) profissional determinará a melhor conduta para o seu caso.

Caso haja necessidade de sua presença no dia da Junta e de fornecimento de dados pessoais ou de exames médicos já realizados, a operadora entrará em contato e lhe fornecerá todas as informações necessárias. Para maiores esclarecimentos, sugerimos que entre em contato com o(a) seu(ua) Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista ou com a Operadora através do [incluir canais de comunicação].

Informamos que o desempatador, eventualmente, poderá solicitar a realização de novos exames para conclusão do seu caso.

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]

¹ **Junta Médica ou Odontológica:** reunião de médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação de um procedimento médico solicitado por um profissional e que foi objeto de discordância por parte de outro profissional.

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

A(o) Dr(a). [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO]

AGENDAMENTO DE CONSULTA PARA REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (PROFISSIONAL ASSISTENTE)

Sr(a).

Em continuidade ao processo de constituição de Junta Médica ou Odontológica para dirimir divergência acerca do procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], referente ao(a) beneficiário(a) [nome do(a) beneficiário(a), código de identificação, outros dados de identificação], e tendo em vista que o(a) Sr(a). [concordou com a indicação do(a) profissional desempatador(a)] / [recusou-se a indicar o(a) profissional desempatador(a)] / [não se manifestou quanto às opções de profissionais], informamos que o(a) profissional indicado(a) para atuar como desempatador foi:

Dr(a).	[Nome do(a) Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]
--------	------------------------------	-----------	---------------------------	--------------------------

A Junta está agendada para o dia [informar data ou 3 datas possíveis, em caso de junta presencial], às [informar horário] horas no [informar local]. Na data marcada, caso seja de seu interesse, pedimos comparecer com os [informar dados ou exames necessários e as condições de realização da junta]. Caso seja necessário novo agendamento, pedimos que entre em contato com a operadora através do [incluir canal de comunicação], com pelo menos 24h de antecedência.

Informamos que caso sua participação seja solicitada, em junta presencial, pelo desempatador, as despesas relativas a passagem e estadia, se necessárias, bem como seus honorários, serão custeados pela Operadora.

Caso o(a) beneficiário(a) não compareça na data e horário agendados, nem comunique sua ausência, será dado seguimento ao processo. Neste caso, prevalecerá a conduta indicada pelo auditor da operadora, sendo facultado ao beneficiário reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o profissional auditor: e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

Ao(A) Sr(a). [Nome do(a) beneficiário(a)], [código de identificação]

AGENDAMENTO DE CONSULTA PARA REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (BENEFICIÁRIO/A)

Sr(a).

Em continuidade ao processo de constituição de Junta Médica ou Odontológica, informamos que o(a) seu(ua) Médico(a)/Cirurgiã(o)-dentista, Dr(a). [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO] [concordou com a indicação do(a) profissional desempatador(a)] / [recusou-se a indicar o(a) profissional desempatador(a)] / [não se manifestou quanto às opções de profissionais] para opinar sobre a divergência relativa ao procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], para o qual a operadora entendeu que a melhor conduta seria [descrever conduta clínica alternativa e os motivos da indicação em linguagem acessível].

Informamos que o(a) profissional indicado(a) para atuar como desempatador(a) foi:

Dr(a).	[Nome do(a) Profissional]	[CRM/CRO]	[Instituição em que atua]	[Qualificação/currículo]

A Junta está agendada para o dia [informar data ou 3 datas em caso de junta presencial], às [informar horário] horas no [informar local]. Na data marcada, pedimos comparecer com os [informar dados ou exames necessários]. Caso seja necessário reagendar a consulta com o Médico/Cirurgião-dentista desempatador, pedimos que entre em contato com a operadora através do [incluir canais de comunicação] com pelo menos 24h de antecedência.

Nos casos em que a junta presencial ocorrer fora de seu município ou de municípios limítrofes à sua residência, a Operadora estará obrigada a arcar com os custos relativos ao transporte, inclusive para o acompanhante, nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) ou maiores de 60 (sessenta) anos, portadores de deficiência ou que, por condição de saúde, devidamente declarada e atestada por médico, não possa se locomover sem o auxílio de acompanhante.

Caso o transporte não seja garantido pela Operadora, nos casos previstos no parágrafo anterior, a Junta será encerrada e prevalecerá a indicação clínica de seu (ua) Médico(a)/Cirurgiã(o)-dentista.

Em caso de não comparecimento, sem comunicação prévia, prevalecerá a indicação do profissional da Operadora. Contudo, você poderá reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o profissional auditor: e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

A(o) Dr(a). [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO]

NOTIFICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES - JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (PROFISSIONAL ASSISTENTE)

Sr(a).

A [nome da operadora] recebeu solicitação para autorização do procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], referente ao(a) beneficiário(a) [nome do(a) beneficiário(a), código de identificação, outros dados de identificação].

Após análise da documentação apresentada, o(a) Dr(a). [nome do(a) Médico(a)/Cirurgiã(o)-dentista que atuou como desempataador(a)], [CRM/CRO], escolhido(a) como desempataador(a) entendeu como necessária a realização dos exames complementares [descrever os exames, incluindo código TUSS, com a devida fundamentação] para avaliar o caso. Informamos que a operadora assegurará a cobertura a todos esses exames, sem necessidade de autorização prévia.

1ª Exame	[Nome do Procedimento]	[Código TUSS]	[Rede Credenciada para Realização]	[Justificativa]
2ª Exame	[Nome do Procedimento]	[Código TUSS]	[Rede Credenciada para Realização]	[Justificativa]

Caso o beneficiário deixe de realizar os exames complementares solicitados pelo desempataador, haverá prevalência da indicação clínica do profissional da operadora, sendo facultado ao beneficiário reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.

Para maiores esclarecimentos, solicitamos que entre em contato com o(a) auditor(a) da operadora através dos canais de comunicação abaixo disponibilizados.

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

Ao Sr. [Nome do beneficiário], [código de identificação]

NOTIFICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES - JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (BENEFICIÁRIO)

Sr(a).

A [nome da operadora] recebeu solicitação para autorização do procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], referente ao beneficiário [nome do beneficiário, código de identificação, outros dados de identificação].

Após análise da documentação apresentada, o Dr. [nome do Médico/Cirurgião-dentista que atuou como desempatador], [CRM/CRO], escolhido como desempatador entendeu como necessária a realização dos exames complementares [descrever os exames, incluindo código TUSS, com a devida justificativa]. Informamos que a operadora assegurará a cobertura a todos esses exames sem necessidade de autorização prévia.

1º Exame	[Nome do Procedimento]	[Código TUSS]	[Rede Credenciada para Realização]	[Justificativa]
2º Exame	[Nome do Procedimento]	[Código TUSS]	[Rede Credenciada para Realização]	[Justificativa]

Caso deixe de realizar os exames complementares solicitados pelo desempatador, prevalecerá a indicação clínica do profissional da operadora, porém lhe será facultada a possibilidade de reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.

Em caso de dúvidas, entre em contato através dos canais [descrever os canais].

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: *[Identificação da Operadora]*
Endereço: *[Endereço, Cidade, Estado, CEP]*
Telefone: *[Telefone para contato com a operadora]*

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

A(o) Dr(a). *[Nome do(a) profissional assistente]*, *[CRM/CRO]*

DECISÃO DA JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (PROFISSIONAL ASSISTENTE)

Sr(a).

Em continuidade ao processo de Junta Médica ou Odontológica, estabelecido para dirimir divergência assistencial relativa ao procedimento indicado para o(a) beneficiário(a) *[nome do(a) beneficiário(a), código de identificação, outros dados de identificação]*, *[nome do procedimento – código]*, encaminhada em *[data]*, sob o nº *[número de identificação do pedido]*, para o qual a *[nome da operadora]* entendeu que:

Após a análise do caso, o(a) Dr(a). *[nome do(a) Médico(a)/Cirurgiã(o)-dentista que atuou como desempatador(a)]*, *[CRM/CRO]*, escolhido(a) como desempatador(a) do caso e com base *[descrever as informações pertinentes]*, determinou *[descrever conduta clínica]*.

Com base nestes resultados, informamos que a operadora assegurará a cobertura ao *[descrever conduta clínica decidida, seja concordando com o solicitado pelo(a) assistente, seja apresentando justificativa para discordância]*.

Para maiores esclarecimentos, solicitamos que entre em contato com o(a) auditor(a) da operadora através dos canais de comunicação abaixo disponibilizados.

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], *[CRM/CRO]*

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]

Operadora: [Identificação da Operadora]
Endereço: [Endereço, Cidade, Estado, CEP]
Telefone: [Telefone para contato com a operadora]

Logomarca da
Operadora

[Local, Data]

Ao(A) Sr(a). [Nome do(a) beneficiário(a)], [código de identificação]

DECISÃO DA JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA (BENEFICIÁRIO/A)

Sr(a).

Em continuidade ao processo de Junta Médica ou Odontológica, estabelecido para dirimir dúvida sobre divergência relativa ao procedimento [nome do procedimento – código], encaminhada em [data], sob o nº [número de identificação do pedido], pelo(a) seu(ua) Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista – Dr(a). [Nome do(a) profissional assistente], [CRM/CRO], para o qual a [nome da operadora] entendeu que:

Após a análise do caso, o(a) Dr(a). [nome do(a) Médico(a)/Cirurgião(o)-dentista que atuou como desempatador(a)], [CRM/CRO], escolhido(a) como desempatador(a) do caso e com base [descrever as informações pertinentes], determinou [descrever conduta clínica].

Com base nestes resultados, informamos que a operadora assegurará a cobertura ao [descrever conduta clínica decidida, seja concordando com o solicitado pelo(a) assistente, seja apresentando justificativa para discordância].

Informamos que caso seja de seu interesse, os documentos relativos ao parecer técnico conclusivo lhe serão disponibilizados, sem ônus, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a partir da solicitação, pelos seguintes canais [descrever os canais].

Para maiores esclarecimentos, sugerimos que entre em contato com o seu Médico/Cirurgião-dentista ou com a Operadora através do [incluir canal de comunicação].

Atenciosamente,

[Nome do(a) profissional auditor(a) da Operadora], [CRM/CRO]

[Dados para contato com o(a) profissional auditor(a): e-mail, telefone, endereço, outros]