

Assunto: **CONSENSO PRÉVIO À FORMAÇÃO DE JUNTA MÉDICA -  
LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA - 61657420**



De: <junta@trueauditoria.com.br>

Para: <autorizacao3@saocamilofortaleza.org.br>

Data: 04/07/2025 08:46

Ao Profissional Assistente Dr. Julio Ponte

Solicitamos consenso com o médico assistente, após avaliação da documentação apresentada, do(a) paciente:  
LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA, senha 61657420.

Segue o nosso parecer técnico.

Procedimentos pertinentes:

31403034 x 4

40813363 x 2

Material(is) pertinente(s):

1 kit cânula de bloqueio

Material(is) divergente(s):

1 kit cânula de bloqueio ( 1 Kit com 2 cânulas é suficiente para o procedimento no segmento lombar conforme Manual de Orientação para utilização racional de dispositivos médicos implantáveis em cirurgias da coluna vertebral da SBC(Sociedade Brasileira de Coluna), SBN(Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) e SBOT(Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia)

Gentileza, descrever o seu posicionamento neste e-mail de consenso, ou inserir documento complementar dentro da senha, quanto ao parecer técnico da não liberação dos OPMEs descritos acima.

Caso não seja possível o consenso, será constituída Junta Médica ou Odontológica para dirimir a questão.

Importante indicar o prazo máximo de resposta (02 dias úteis), após o envio deste e-mail.

A não manifestação, iremos instaurar a junta médica, conforme determinação da ANS.

Atenciosamente,

DADOS E ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUDITOR

Nome: Dra Margareth Cristina de Oliveira Pereira CRM: 5240169/7

--

**Helena**



Analista de OPME – Consensos e Juntas médicas

E-mail: junta@Trueauditoria.com.br

Visite nosso site: [www.trueauditoria.com.br](http://www.trueauditoria.com.br)

Linkedin: [trueauditoriaoficial](https://www.linkedin.com/company/trueauditoriaoficial)

Fortaleza, 30 de abril de 2025.

## ORÇAMENTO

A Nadine Carvalho – Assistente de Contas Médicas II Hospital São Camilo

Rua Costa Barros, 833. Bairro: Centro. Fortaleza/CE.

CEP: 60.160-280. Fone (85) 3464.7079

Site: [www.saocamilofortaleza.org.br](http://www.saocamilofortaleza.org.br) E-mail: [opme1@saocamilofortaleza.org.br](mailto:opme1@saocamilofortaleza.org.br)

Paciente: Lucia Glaura

Nogueira da Silva

Médico: Dr. Júlio Ponte

Convênio: Saúde Caixa

Validade da proposta: 30 (trinta dias).

**OBS: FATURAMENTO VIA HOSPITALAR**

DESCRIÇÃO DO(S) PRODUTO(S)			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE
01	Kit de cânula de bloqueio Crystal Block. Marca: Safira Medical ANVISA: 82602739009 REF: SAF004-100	R\$ 22.000,00	02
VALOR TOTAL: R\$ 44.000,00			

Atenciosamente,

Willianna Paiva Marques  
Diretora Comercial



ORÇAMENTO  
ATT:

FORTALEZA 29 DE ABRIL DE 2025

Conforme solicitação segue cotação de materiais para realização de cirurgia

MATERIAL	QUANT	ANVISA	REF	MARCA	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
KIT CANULA EXACT GRID BLOCK	02	81565149009	EGB21100 U-3	EVEREAST MEDICAL	R\$ 35.000,00	R\$ 70.000,00
	VALOR TOTAL					R\$ 70.000,00

PACIENTE: LUCIA GLAURA DE CASTRO NOGUEIRA  
HOSPITAL: SÃO CAMILO  
CIRURGIÃO: DR. JULIO PONTE  
CONVÊNIO: SAUDE CAIXA

Para fornecimento dos materiais, aguardamos autorização por fax ou e-mail.

AGF MEDICAL  
(85) 3254-6423

**AGF Medical LTDA**  
Fortaleza/CE – CNPJ N. 09.511.423/0001-40

**NEUROX LOCAÇÃO E COMÉRCIO ATACADISTA  
DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS E SERVIÇOS LTDA**

Av. Júlia Freire, 1200 - Salas 1002 e 1003 - Edif. Metropolitan  
Expedicionários - CEP 58041-000 - João Pessoa/PB  
CNPJ: 29.112.611/0001-03 - IE: 16.305.816-4

**Orçamento Nº: 71.259 de 30/04/25 - 11:11**

(VIMAN Sistemas)

Cliente.....: SOC BENEFAÇÃO SÃO CAMILO CURA DARS

(P/CONSUMO)

E-mail.....:

Telefone.....:

**Observações:**

FATURAMENTO EM CONTA HOSPITALAR

Hospital.....: SOC BENEFAÇÃO SÃO CAMILO CURA DARS

Paciente.....: LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA

Médico.....: DR JULIO ALVES PONTE

Plano saúde...: SAUDE CAIXA

Tipo cirurgia: COLUNA  
BLOQUEIO

Código	Descrição do produto	Reg. ANVISA	Marca	Qtde	Vr. unit.	Desc. unit.	Vr. un. c/ desc.	Vr. total
NSG21100U-3	KIT CAN SAFELOCK PLUS 100MM	80304219001	EVEREAST	2	34.800,00	0,00	0,00	69.600,00

**Subtotal..... 69.600,00**

Itens orçados: 1

Total sem desconto: 69.600,00

Total unidades: 2

Total com desconto: **69.600,00**

Condição de Pagamento...: 004 - 90 DDL

Prazo de Entrega.....: Após confirmação do agendamento

Validade da Proposta....: **29/06/2025**

Frete.....: SEM FRETE

MARIA DE LOURDES BATISTA NETA  
NEUROX MEDICAL  
e-mail: orcamento@neuroxmedical.com



**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

1 - Registro ANS <b>31.292-4</b>	3 - Data de Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
-------------------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Plano <b>Saúde CAIXA</b>	9 - Validade da Carteira
------------------------	---------------------------------	--------------------------

10 - Nome **LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA**

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
18 - UF	19 - Código CBO S	

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
22 - Caracter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletivo <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtd. Diárias Solicitadas

Paciente com queixa de dor lombar crônica há pelo menos 2 anos, de difícil controle, apresentando piora progressiva nos últimos 3 meses, a despeito de diversas tentativas de tratamento conservador multimodal. Informa irradiação para MIE e hipoestesia nos dermatomos de L4 e L5 bilateral. Exames de imagem evidenciam discopatia degenerativa lombar múltipla, incluindo L2L3 L3L4 L4L5 e L5S1 + Hemia posterolateral com estenose relativa do canal vertebral e neuroforame esquerdo no nível L4L5. Tendo em vista a refratariedade do caso e progressão dos sintomas à despeito do tratamento conservador, solicito procedimento percutâneo:

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trabalho 2 - Crime
30 - CID 10 Principal <b>M511</b>	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
	33 - CID 10 (4)	

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic 38 - Qtd. Aut
1		3140303-4 DENERVAÇÃO FACETÁRIA	0 4
2		4081336-3 INFILTRAÇÃO FORAMINAL	0 2
3			
4			
5			

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtd.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1		Kit Exact Grid/Safeblock Plus/Crystal Block	x2	(4 cânulas)	
2		Sugestão de Fornecedor: AGF / NEUROX / NEUROMEDICINE			
3					
4					
5					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtd. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Autorização Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante			53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	--	---	--



**SAÚDE  
CAIXA**

Número do Cartão de Saúde

**01001077320111-08**

Beneficiário

**LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA**

Válido até

**02/06/2030**

Nascimento

**10/01/1956**

Titular

**MARCIO RAYMUNDO DA SILVA**

Adesão

**24/09/1990**

Código Beneficiário

**010010773201**

Contrato

**1 - SAÚDE CAIXA - EMPREGADOS ATIVOS E APOSE**

O Beneficiário acima está autorizado a utilizar-se do Saúde CAIXA conforme suas normas.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
LUCIA GLAURA DE CASTRO NOGUEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
859013 SPSP CE

CPF DATA NASCIMENTO  
191.438.423-72 10/01/1956

FILIAÇÃO  
VILMAR NOGUEIRA  
ESTERNA  
ALICE DE CASTRO  
NOGUEIRA

PERMISSÃO

ACC

CALHAS

Nº REGISTRO  
01679660587

VALIDADEZ  
18/05/2015

1ª HABILITAÇÃO  
20/12/1979

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1284709508





CLÍNICA  
**TRAJANO  
ALMEIDA**  
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nome: 07416989 - LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA

Solicitante: Dr(a) JULIO ALVES PONTE

Data: 16/04/2025

CRM: 13369

Idade: 69 Anos

Pedido: 136948

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BACIA

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) pela técnica spin-echo, fast spin echo com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares algumas delas com saturação de sinal de gordura.

### COMENTÁRIO:

Estruturas ósseas com morfologia e intensidade de sinal normais.

Cabeças femorais esféricas e congruentes aos acetábulos, com morfologia e intensidade de sinal preservada.

Não há evidência de osteonecrose.

Acetábulos bem angulados.

Alteração na intensidade de sinal de partes moles, envolvendo os tendões do glúteo médio e mínimo bilateralmente, caracterizado por hipersinal na sequência ponderada em T2 com supressão de gordura.

Tendões e transições miotendíneas do reto femoral, iliopsoas, isquitibiais, adutores e abdutores da coxa com espessura, continuidade e sinal normais.

Bursa trocanterica de espessura normal.

Não há sinais de líquido livre intra-articular em quantidade patológica.

### CONCLUSÃO:

-Alteração na intensidade de sinal de partes moles, envolvendo os tendões do glúteo médio e mínimo bilateralmente, podendo corresponder a tendinopatia insercional inflamatória.

Dr. MARCIO VALE BRAGA  
CRM 5920 - RQE 11899  
MÉDICO RADIOLOGISTA

Av. Dom Luis, 200 - Aldeota - Fortaleza - Ceará | Fone: (85) 3066-7900  
eta@trajanoalmeida.com.br | www.trajanoalmeida.com.br





CLÍNICA  
**TRAJANO  
ALMEIDA**  
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nome: 07416989 - LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA  
Solicitante: Dr(a) FRANCISCO COSTA NETO  
Data: 16/04/2025  
CRM:12654

Idade: 69 Anos  
Pedido: 136948

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBOSSACRA

#### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) pela técnica spin-echo, fast spin echo com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares algumas delas com saturação de sinal de gordura.

#### COMENTÁRIO:

Osteofitos marginais em corpos vertebrais lombares.

Alterações degenerativas Modic tipo II nos platôs vertebrais contíguos ao disco intervertebral L5-S1.

Nódulo de Schmorl no platô vertebral superior de L3 e de L5.

Imagem ovalada que se apresenta com hipersinal na sequência ponderada em T1 e em T2 localizada no corpo vertebral de L2, podendo corresponder a foco de substituição gordurosa/hemangioma.

Diminuição da intensidade de sinal na seqüência ponderada em T2 dos discos intervertebrais L3-L4, L4-L5 e L5-S1, inferindo desidratação, consequente a degeneração incipiente.

Abaulamento discal posterior difuso no nível L2-L3, que estabelece contato com a face anterior do saco dural, sem comprometimento radicular.

Abaulamento discal posterior difuso no nível L3-L4, com maior componente em situação pósteromediana, que provoca compressão sobre a face anterior do saco dural, sem comprometimento radicular.

Abaulamento discal posterior difuso no nível L4-L5 com componente protruso em situação pósterocentro lateral esquerda, com migração caudal para a porção mais superior do recesso lateral esquerdo de L5, exercendo efeito compressivo sobre a raiz aí contida.

Abaulamento discal posterior difuso no nível L5-S1 projetando para as porções mais inferiores dos respectivos forames intervertebrais, sem exercer efeito compressivo sobre as raízes aí contidas.

Articulações interapofisárias de aspecto anatômico.

Cone medular com altura e sinal preservados.

Hipertrofia dos ligamentos amarelos nos níveis L2-L3, L3-L4 e L4-L5.

Redução do canal vertebral no nível L4-L5.

#### CONCLUSÃO:

-Espondiloartrose lombar.

-Discopatia degenerativa.

-Abaulamento discal posterior difuso no nível L2-L3.

-Abaulamento discal posterior difuso no nível L3-L4 com maior componente em situação pósteromediana.

-Abaulamento discal posterior difuso no nível L4-L5 com componente protruso em situação pósterocentro lateral esquerda, com migração caudal para a porção mais superior do recesso lateral esquerdo de L5, exercendo efeito compressivo sobre a raiz aí contida.

-Abaulamento discal posterior difuso no nível L5-S1 projetando para as porções mais inferiores dos respectivos forames intervertebrais, sem exercer efeito compressivo sobre as raízes aí contidas.

-Hipertrofia dos ligamentos amarelos nos níveis L2-L3, L3-L4 e L4-L5.

-Redução do canal vertebral no nível L4-L5.

Dr. MÁRCIO VALE BRAGA  
CRM 5920 - RQE 11899  
MÉDICO RADIOLOGISTA



Assunto: **Fwd: Junta Médica**  
De: <junta@trueauditoria.com.br>  
Para: <marcio.raymundo@oi.com.br>  
Data: 17/07/2025 08:51



---

**Joyce Ferreira**

Supervisão de OPME – Consensos e Juntas médicas

E-mail: junta@Trueauditoria.com.br

Visite nosso site: [www.trueauditoria.com.br](http://www.trueauditoria.com.br)Linkedin: [trueauditoriaoficial](https://www.linkedin.com/company/trueauditoriaoficial)

----- Mensagem original -----

**Assunto::** Junta Médica  
**Data:** 17/07/2025 08:50  
**De:** noreply.juntacaixa@doutoragora.com  
**Para::** autorizacao3@saocamilofortaleza.org.br  
**Cc::** junta@trueauditoria.com.br

## Junta Médica

Código: 290

Prezado(a) Dr(a) Júlio Ponte,

A CAIXA, na qualidade de operadora de plano de saúde na modalidade de autogestão, administrado por seu departamento de Recursos Humanos e registrada na ANS sob o nº 31.292-4, comunica a existência de divergência clínica relativa ao enquadramento do procedimento cirúrgico entre a solicitação de assistência proposta pelo profissional assistente para atendimento ao beneficiário deste plano de saúde, SR(A). LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA, e a avaliação desta operadora para autorizar a cobertura assistencial.

Campo	Dados da Autorização	Valor
Autorização	61657420	
Data da Autorização	17/07/2025	
Situação da Autorização	null	
Beneficiário	0100107732011108	
Nome	LUCIA GLAURA NOGUEIRA DA SILVA	
Cpf	19143842372	

**Procedimentos Solicitados**

31403034 x 4 40813363 x 2

**Materiais Solicitados**

2 kit cânula de bloqueio

**Procedimentos Divergentes**

NÃO HÁ

**Materiais Divergentes**

1 kit cânula de bloqueio ( 1 Kit com 2 cânulas é suficiente para o procedimento no segmento lombar conforme Manual de Orientação para utilização racional de dispositivos médicos implantáveis em cirurgias da coluna vertebral da SBC(Sociedade Brasileira de Coluna), SBN(Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) e SBOT(Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia)



Considerando o exposto e com fundamento na regulamentação prevista pela ANS sobre o tema, acordamos com V.Sa. a constituição de junta para a emissão do parecer de 3ª opinião.

Desse modo, encaminhamos, em anexo, os documentos referentes ao caso supracitado, para seu arbitramento.

Permanecemos à disposição pelo e-mail: ou pelos telefones:

E-mail: [junta@trueauditoria.com.br](mailto:junta@trueauditoria.com.br)

Atenciosamente.