

IDENTIFICAÇÃO	CER: _____ Data da avaliação: ____/____/____ Prontuário: _____
	Nome: _____ DN: ____/____/____
	CNS: _____ CPF: _____ TEL: _____
	Realiza terapia ou acompanhamento em reabilitação? (1) Não (2) Sim Local: _____
	Diagnóstico: _____ CID: _____ Região Moradia: _____ (vide tabela)

1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente
2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba
3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município
4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé		
5	Casa Verde/Cach	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana		
6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Móoca	24	Santana/Tucuruvi	30	V.Maria/V.Guilherme		

	ÓRTESES – CINTA, COLETE E SUSPENSÓRIO
CÓDIGO E VALOR SUS	1. () 07.01.02.001-6 - ÓRTESE/CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXO) - (R\$ 195,00) Circunferência abdominal: _____
	2. () 07.01.02.002-4 - ÓRTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO) - (R\$ 159,60) Circunferência abdominal: _____
	3. () 07.01.02.003-2 - ÓRTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE – (R\$ 910,00) SOB MEDIDA
	4. () 07.01.02.028-8 - ÓRTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON – (R\$ 598,50) SOB MEDIDA
	5. () 07.01.02.030-0 - ÓRTESE TLSO CORRETIVA TORACO-LOMBAR EM POLIPROPILENO - (R\$ 319,20)
	6. () 07.01.02.031-8 - ORTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER – (R\$ 780,00) SOB MEDIDA
	7. () 07.01.02.029-6 - ÓRTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT – (R\$ 372,40)
	8. () 07.01.02.004-0 - ORTESE / COLETE TIPO WILLIAMS – (R\$ 319,20) SOB MEDIDA
	9. () 07.01.02.032-6 - ÓRTESE TORÁCICA COLETE DINÂMICA DE COMPRESSÃO TORÁCICA – (R\$ 239,40) SOB MEDIDA
	10. () 07.01.02.026-1 - ÓRTESE SUSPENSÓRIO DE PAVLIK – (R\$ 66,50)

	ÓRTESES – CRUROMALEOLAR, PÉLVICO- CRURAL, CRUROPODÁLICA E PÉLVICO - PODÁLICA
CÓDIGO E VALOR SUS	1. () 07.01.02.007-5 - ÓRTESE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO – (R\$ 130,00) () Direita () Esquerda SOB MEDIDA
	2. () 07.01.02.008-3 - ÓRTESE CRUROPODÁLICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO/GENUVARO (INFANTIL E JUVENIL) – (R\$ 250,80) () Direita () Esquerda SOB MEDIDA
	3. () 07.01.02.006-7 - ÓRTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO EM EXTENSÃO ARTICULADA – (R\$ 209,70)
	4. () 07.01.02.020-2 - ÓRTESE RÍGIDA PARA LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL – (R\$ 500,40)
	5. () 07.01.02.014-8 - ÓRTESE METÁLICA CRUROPODÁLICA ADULTO – (R\$ 948,00) () Direita () Esquerda SOB MEDIDA
	6. () 07.01.02.019-9 - ÓRTESE PÉLVICO-PODÁLICA METÁLICA PARA ADULTO COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO (a partir de 19 a 130 anos) – (R\$ 1.197,00) () Direita () Esquerda SOB MEDIDA

	ÓRTESES – SUROPODÁLICA E GENUPODÁLICO
CÓDIGO E	1. () 07.01.02.010-5 - ÓRTESE DINÂMICA SUROPODÁLICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL) – (R\$ 119,70) () Direita () Esquerda Tamanhos: () 35-37 () 37-39 () 39-41 () 41-43
	2. () 07.01.02.012-1 - ÓRTESE GENUPODÁLICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO - (R\$ 299,00) () Direita () Esquerda

PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES

	3. () 07.01.02.023-7 - ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL) – (R\$ 130,00) SOMENTE AACD <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	(a partir de 0 a 19 anos) Velcro Tornozelo: () Neutro () Anti-Valgo () Anti-Varo Velcro Antepé: () Fixo () Removível Orifícios para Ventilação: () Sim () Não Antiderrapante: () Sim () Não	SOB MEDIDA
	4. () 07.01.02.022-9 - ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO) – (R\$ 180,60) (a partir de 12 a 130 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	Velcro Tornozelo: () Neutro () Anti-Valgo () Anti-Varo Velcro Antepé: () Fixo () Removível Orifícios para Ventilação: () Sim () Não Antiderrapante: () Sim () Não	SOB MEDIDA
	5. () 07.01.02.021-0 - ÓRTESE SUROPODÁLICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL – (R\$ 159,60) (a partir de 0 a 12 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	Velcro Tornozelo: () Neutro () Anti-Valgo () Anti-Varo Velcro Antepé: () Fixo () Removível Orifícios para Ventilação: () Sim () Não Antiderrapante: () Sim () Não Com trava: () Sim () Não	SOB MEDIDA
	6. () 07.01.02.025-3 - ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO) – (R\$ 200,00) (a partir de 12 a 130 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	Velcro Tornozelo: () Neutro () Anti-Valgo () Anti-Varo Velcro Antepé: () Fixo () Removível Orifícios para Ventilação: () Sim () Não Antiderrapante: () Sim () Não	SOB MEDIDA
	7. () 07.01.02.052-0- PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART – (R\$1.449,00) (idade não se aplica) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	Velcro Tornozelo: () Fixo () Removível Orifícios para Ventilação: () Sim () Não Antiderrapante: () Sim () Não	SOB MEDIDA
ÓRTESES – MEMBROS SUPERIORES			
CÓDIGO E VALOR SUS	1. () 07.01.02.027-0 - ORTESE TIPO SARMIENTO PARA UMEMO – (R\$ 159,60) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda		
JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

ASS.: _____	ASS.: _____
Nome: _____ Nº CREFITO: _____	Nome: _____ Empresa/ AP: _____
Eu, _____ estou ciente e concordo com o que foi prescrito.	
Assinatura: _____ () responsável / () paciente	Data: ____/____/____