



ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE **2014**

Resolução Normativa - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos

Atualizado em 25 de fevereiro de 2014



Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84 - Glória
CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ – Brasil
Tel.: +55 21 2105 5000
Disque-ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS - DICOL

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Gerente Geral da Gerência Geral de Regulação Assistencial - GGRAS/DIPRO
Teófilo José Machado Rodrigues

Gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial - GMOA/DIPRO
Kátia Audi Curci

Gerente da Gerência de Assistência à Saúde - GEAS/DIPRO
Karla Santa Cruz Coelho

Elaboração técnica:

André Luiz Andrade , Bruna Alessandra Vale Delocco, Carina
Brahim, Edilberto Gomes Bonfim, João Boaventura Branco de
Matos, Jorge Luiz Carvalho, Karla Santa Cruz Coelho, Marcelo da
Silva Gomes, Maria de Fátima Medeiros de Cerqueira, Fernando
Seixas Alves, Maria Tereza de Marsillac Pasinato, Martha Regina
de Oliveira, Rochele Alberto Martins Santos, Rosa Maria Bernini
Peçanha, Teófilo José Machado Rodrigues.

Projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Fotografia (capa):

Thinkstock

Apoio Bibliotecário:

Iara Vidal Pereira de Souza - CODOB/DIGES

Impresso no Brasil

Ficha Catalográfica

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: RN 338/2013 / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Rio de Janeiro : ANS, 2013.

179 p

ISBN 978-85-63059-11-6

1. Saúde Suplementar. 2. Rol de procedimentos e eventos em saúde. 3. Cobertura assistencial. I. Título.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE **2014**

Resolução Normativa - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos



Sumário

Apresentação	11
Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013	13
Anexo I	23
Capítulo I	
Procedimentos gerais	24
Procedimentos gerais	24
Consultas, visitas hospitalares ou acompanhamento de pacientes	24
Capítulo II	
Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares	24
Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares	24
Avaliações/acompanhamentos	24
Monitorizações	25
Reabilitação	25
Terapêutica	25
Capítulo III	
Procedimentos cirúrgicos e invasivos	26
Pele e tecido celular subcutâneo / anexos	26
Procedimentos	26
Cabeça e pescoço	28
Lábio	28
Boca	28
Língua	30
Glândulas salivares	30
Faringe	30
Laringe	31
Trauma crânio-maxilo-facial	32
Cirurgia reparadora e funcional da face	32
Face	33
Mandíbula	33
Pescoço	33
Tireóide	34
Paratireóide	34
Crânio	34
Olhos	34
Pálpebra	34
Cavidade orbitária	35
Conjuntiva	35
Córnea	35
Câmara anterior	35
Cristalino	36
Corpo vítreo	36
Esclera	36
Bulbo ocular	36

Íris e corpo ciliar	36
Músculos	37
Retina	37
Vias lacrimais	37
Orelha	37
Pavilhão auricular	37
Orelha externa	37
Orelha média	38
Orelha interna	38
Nariz e seios paranasais	38
Nariz	38
Seios paranasais	39
Parede torácica	40
Parede torácica	40
Mamas	41
Sistema músculo-esquelético e articulações	41
Autotransplantes osteomiocutâneos	41
Transplantes, reimplantes e revascularizações dos membros	42
Artroscopia	42
Tração	42
Retirada de material de síntese	42
Imobilizações	42
Procedimentos gerais	42
Coluna vertebral	43
Articulação escápulo-umeral e cintura escapular	44
Membros superiores	45
Cintura pélvica	47
Membros inferiores	48
Músculos e fascias	50
Tendões, bursas e sinóvias	51
Sistema respiratório e mediastino	51
Traquéia	51
Brônquios	52
Pulmão	52
Pleura	52
Mediastino	53
Diafragma	54
Sistema cárdio-circulatório	54
Defeitos cardíacos congênitos	54
Valvoplastias	54
Coronariopatias	54
Marca-passo	54
Outros procedimentos	55
Cirurgia arterial	55
Cirurgia venosa	55
Fístulas arteriovenosas congênitas ou adquiridas	56
Hemodiálise de curta e longa permanência	56
Cirurgia vascular de urgência	56
Hemodinâmica - cardiologia intervencionista (procedimentos diagnósticos/terapêuticos)	56
Acessos vasculares	57
Cirurgia linfática	58

Pericárdio	58
Hipotermia	58
Miocárdio	58
Sistema digestivo e anexos	58
Esôfago	58
Estômago	59
Intestinos	59
Ânus	61
Fígado e vias biliares	61
Pâncreas	63
Baço	63
Peritônio	63
Abdome, parede e cavidade	63
Sistema urinário	64
Rim, bacinete e supra-renal	64
Ureter	65
Bexiga	66
Uretra	67
Sistema genital e reprodutor masculino	67
Próstata e vesículas seminais	68
Escroto	68
Testículo	68
Epidídimo	68
Cordão espermático	69
Pênis	69
Sistema genital e reprodutor feminino	69
Vulva	69
Vagina	70
Útero	70
Tubas	71
Ovários	71
Períneo	71
Cavidade e paredes pélvicas	71
Partos e outros procedimentos obstétricos	72
Sistema nervoso - central e periférico	72
Encéfalo	72
Medula	73
Nervos periféricos	73
Nervos cranianos	74
Sistema nervoso autônomo	74
Transplantes de órgãos ou tecidos	74
Córnea	74
Rim	74
Medula óssea autóloga	75
Outros procedimentos invasivos	75
Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares	75
Capítulo IV	
Procedimentos diagnósticos e terapêuticos	76
Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais	76
ECG - TE	76
Tubo digestivo	76

Sistema nervoso	76
Exames ósteo - músculo - articulares	77
Função respiratória	77
Endoscópicos	78
Endoscopia diagnóstica ou intervencionista	78
Procedimentos laboratoriais	79
Bioquímica (sangue, urina e outros materiais)	79
Coprologia	83
Hematologia laboratorial	83
Endocrinologia laboratorial	85
Imunologia	87
Líquidos (cefalorraqueano (líquor), seminal, amniótico, sinovial e outros)	90
Microbiologia	91
Urinalise	92
Diversos	93
Toxicologia / Monitorização terapêutica	93
Biologia molecular	94
Medicina transfusional	94
Transusão	94
Processamento	94
Exames de qualificação no sangue do doador ou prova pré-transfusional no sangue do receptor	95
Procedimentos	96
Genética	96
Citogenética	96
Genética bioquímica	96
Genética molecular	97
Anatomia patológica e citopatologia	97
Procedimentos	97
Medicina nuclear	98
Cardiovascular - in vivo	98
Digestivo - in vivo	99
Endócrino - in vivo	99
Geniturinário - in vivo	99
Hematológico - in vivo	99
Músculo - esquelético - in vivo	99
Nervoso - in vivo	99
Oncologia / Infectologia - in vivo	100
Respiratório - in vivo	100
Terapia - in vivo	100
Outros - in vivo	100
Métodos diagnósticos por imagem	100
Radiografias	100
Métodos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos por imagem	102
Ultra-sonografia diagnóstica	104
Ultra-sonografia intervencionista	105
Tomografia computadorizada	105
Tomografia computadorizada intervencionista	106
Ressonância magnética	106
Radioterapia	107
Radioterapia megavoltagem	107
Braquiterapia de alta taxa de dose (BATD)	107

Radioterapia de ortovoltagem	107
Betaterapia	107
Procedimentos secundários	108
Exames específicos	108
Procedimentos	108
Anexo II	111
Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar	
Nota 876/2013	
Procedimentos: Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH (Fluorescence in situ Hybridization)	
Anexo III	167
Diretrizes Clínicas	
Anexo IV	177
Protocolo de Utilização - PROUT	

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – apresenta o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, competência legal definida no Art. 3 da Lei nº 9.961/00, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde para os planos contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, de acordo com a segmentação contratada, agora em sua sexta revisão, com importantes contribuições para a qualificação do setor da saúde suplementar.

O processo de revisão que precedeu a publicação do novo normativo – Resolução Normativa - RN nº. 338 de 21 de outubro de 2013 – contou com a efetiva participação dos representantes do setor, através das reuniões e trabalhos desenvolvidos pelos grupos técnicos, e possibilitou a participação de toda a sociedade através de Consulta Pública.

O novo normativo é composto pelo corpo da RN nº 338/2013, que norteia a atenção à saúde na saúde suplementar e pelos anexos I, que lista os procedimentos de cobertura mínima obrigatória, II, que define as diretrizes de utilização para alguns procedimentos, III, que dispõe as diretrizes clínicas na saúde suplementar e IV, que apresenta os Protocolos de Utilização.

A RN nº 338/2013 conta com 3.194 procedimentos dispostos em quatro grandes capítulos: Procedimentos Gerais; Procedimentos Clínicos, Ambulatoriais e Hospitalares; Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos e procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos e podem ser classificados de acordo com a segmentação contratada.

Alguns pontos de destaque do novo normativo são: a regulamentação da Lei 12.738/2012, relativa a incorporação do material de saúde utilizado por pessoas ostomizadas, a inclusão dos medicamentos antineoplásicos orais e a previsão de criação de um Comitê Permanente para discussão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Essa publicação complementa a ampla divulgação realizada através da página da ANS na internet sobre o conteúdo do novo normativo. Com isso, pretende-se atender o público composto por prestadores de serviços em saúde, operadoras de planos de saúde e beneficiários, facilitando a busca e visualização dos procedimentos com cobertura obrigatória assegurada pelos planos de saúde regulamentados pela Lei 9656/1998.

O maior acesso à consulta ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde proporciona mais transparência, além de permitir a maior participação da sociedade no setor de saúde suplementar, imprescindíveis para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do setor.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente da ANS

Apresentação

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 25 de setembro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I - Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

Art. 2º Esta Resolução é composta por quatro Anexos:

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização – DUT;

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I; e

IV - o Anexo IV apresenta o Protocolo de Utilização – PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2014

Seção II

Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 4º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgia-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única

Das Coberturas Assistenciais

Art. 5º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetria, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no §3º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 6º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos nesta RN ou nos seus anexos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Art. 7º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II – concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Art. 8º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.

§ 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§ 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Art. 9º A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 10. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 12. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 14. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

§ 1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

§ 2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos.

Art. 16. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitadas os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo Único. A continuidade do tratamento a que se refere o caput deste artigo inclui os tempos de atendimento dispostos na RN nº 259, de 2011.

Subseção I

Do Plano-Referência

Art. 19. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Anexo II desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

Subseção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 20. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa;

IV – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial;

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para

tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII – cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta resolução, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

XIII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIV – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XVI – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução.

Parágrafo único. Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

Subseção III

Do Plano Hospitalar

Art. 21. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado.

III – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução;

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da

realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;

VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e

c) pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 desta Resolução;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e

h) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e

IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 22. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 21 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução.

Subseção V

Do Plano Odontológico

Art. 23. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem comunicar em linguagem clara e acessível, preferencialmente por escrito, aos beneficiários ou contratantes de planos de saúde quanto às alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde.

Parágrafo Único - As comunicações de que tratam o caput deste artigo deverão ser disponibilizadas em formato acessível, respeitando-se as especificidades dos beneficiários que se apresentem na condição de pessoa com deficiência, em especial as com deficiência visual e/ou auditiva.

Art. 25. Para fins desta RN e seus anexos aplica-se o disposto no artigo 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, o qual determina que, mediante solicitação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, a ANVISA poderá emitir autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, de medicamentos ou de produtos registrados nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro, desde que demonstradas pela CONITEC as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido na solicitação.

Art. 26. Na hipótese de entrada em vigor de norma da ANVISA que estabeleça a obrigatoriedade da utilização dos testes de detecção de ácidos nucleicos (NAT) como exame de qualificação no sangue de doadores, esta norma se aplicará à cobertura nos planos privados de assistência à saúde, e sua aplicabilidade será imediata, ainda que esta norma entre em vigor antes de 2 de janeiro de 2014.

Art. 27. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Art. 28. Será constituído pela ANS um Comitê permanente para análise das questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Art. 29. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 30. Ficam revogadas a RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, a RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, a RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013.

Art. 31. Esta Resolução entra em vigor no dia 2 de janeiro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor – Presidente

ANEXO I DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013(Vigente a partir de 02/01/2014)

O Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada e as exclusões previstas pelo Artigo 10 da Lei 9.656/98.

Capítulo I

Procedimentos gerais

Capítulo II

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares

Capítulo III

Procedimentos cirúrgicos e invasivos

Capítulo IV

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos

Anexo I

Procedimentos gerais

Legenda: od - Odontológico | amb - Ambulatorial | hco - Hospitalar com Obstetria | hso - Hospitalar sem Obstetria | PAC - Procedimentos de Alta Complexidade | dut - Diretriz de utilização

Procedimentos gerais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Consultas, visitas hospitalares ou acompanhamento de pacientes			
ACONSELHAMENTO GENÉTICO	AMB HCO HSO		
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO HSO		DUT
ATENDIMENTO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO (SALA DE PARTO, BERÇÁRIO E UTI)	HCO		
ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIÁTRICA	HCO HSO		
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A GESTANTES (3º TRIMESTRE)	AMB HCO		
ATIVIDADE EDUCACIONAL PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	AMB		
ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	OD		
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	AMB		
CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
CONSULTA MÉDICA	AMB		
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	OD		
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
CONSULTA COM NUTRICIONISTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB		DUT
TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES GRAVES COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR DE ORIGEM PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	HCO HSO		
VISITA HOSPITALAR	HCO HSO		

Procedimentos clínicos, ambulatoriais e hospitalares

Legenda: od - Odontológico | amb - Ambulatorial | hco - Hospitalar com Obstetria | hso - Hospitalar sem Obstetria | PAC - Procedimentos de Alta Complexidade | dut - Diretriz de utilização

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Avaliações/Acompanhamentos			
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE CÔRNEA	HCO HSO		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	HCO HSO		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL	HCO HSO		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR	HCO HSO PAC		
AValiação CLÍNICA DIÁRIA ENTERAL E/OU PARENTERAL	HCO HSO		
AValiação CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE MARCA-PASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR	AMB HCO HSO		

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA COM ELETROCARDIOGRAMA	AMB HCO HSO		
CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	OD		
FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA (COM PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO - PROUT)	AMB HCO HSO		
PROFILAXIA - POLIMENTO CORONÁRIO	OD		
TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	PAC	DUT

Monitorizações

CARDIOTOCGRAFIA	AMB HCO HSO		
HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALÓGICO OU DIGITAL	AMB		
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB		DUT
MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA	HCO HSO		
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA OU NÃO INVASIVA	HCO HSO		
MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA	HCO HSO		
POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATÓRIO - MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA (PE/IO)	HCO HSO		
TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB HCO HSO	PAC	DUT

Reabilitação

ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS	AMB		
AMPUTAÇÃO (PREPARAÇÃO DO COTO E TREINAMENTO PROTÉTICO)	AMB HCO HSO		
BIOFEEDBACK COM EMG	AMB HCO HSO		
EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA	AMB		
INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO OU AGULHAMENTO SECO	AMB HCO HSO		
REABILITACAO E REEDUCAAO DE SEQÜELAS EM TRAUMATISMOS E POLITRAUMATIZADOS	AMB HCO HSO		
REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA	AMB HCO HSO		
REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE QUEIMADOS PARA PREVENÇÃO DE SEQUELAS	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO POR DISTÚRBIOS CONGÊNITOS OU REUMÁTICOS	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEURO-MÚSCULO-ESQUELÉTICA	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NO RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA (EXCLUI TÉCNICAS CINESIOTERÁPICAS ESPECÍFICAS)	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIOS CRÂNIO-FACIAIS	AMB HCO HSO		
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS PÉLVICOS	AMB HCO HSO		

Terapêutica

ACTINOTERAPIA	AMB HCO HSO		
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
APLICAÇÃO DE HIPOSENSIBILIZANTE	AMB HCO HSO		

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD				DUT
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	OD				
BETATERAPIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CARDIOVERSÃO QUÍMICA DE ARRITMIA PAROXÍSTA	AMB	HCO	HSO		
CATETERISMO VESICAL	AMB	HCO	HSO		
CERUMEN - REMOÇÃO	AMB	HCO	HSO		
CRIOTERAPIA	AMB	HCO	HSO		
CURATIVOS EM GERAL COM OU SEM ANESTESIA	AMB	HCO	HSO		
DILATAÇÃO URETRAL	AMB	HCO	HSO		
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	OD				
ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO		DUT
FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE OU VITILIGO	AMB			PAC	
INSTILAÇÃO VESICAL OU URETRAL	AMB	HCO	HSO		
LESÕES MÚSCULO TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO	AMB	HCO	HSO		
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGICO INESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO		
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGICO-ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO		
PRIAPISMO - TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO		
PULSOTERAPIA	AMB	HCO	HSO		
OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	PAC	DUT
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	OD				
SESSÃO DE ACUPUNTURA	AMB				
SESSÃO DE PSICOTERAPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB				DUT
TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
TERAPIA INALATÓRIA (NEBULIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO		
TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO	AMB	HCO	HSO	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITÁRIA OU INTRATECAL		HCO	HSO	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA MEDICAMENTOSA PEROPERATÓRIA		HCO	HSO	PAC	

Procedimentos cirúrgicos e invasivos

Legenda: od - Odontológico | amb - Ambulatorial | hco - Hospitalar com Obstetrícia | hso - Hospitalar sem Obstetrícia | PAC - Procedimentos de Alta Complexidade | dut - Diretriz de utilização

Pele e tecido celular subcutâneo / Mucosas e anexos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos					
APÊNDICE PRÉ-AURICULAR - RESSECÇÃO	AMB	HCO	HSO		
AUTONOMIZAÇÃO DE RETALHO		HCO	HSO		
BIÓPSIA DE FACE	AMB	HCO	HSO		

Pele e tecido celular subcutâneo / Mucosas e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
BIÓPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, LINFONODO SUPERFICIAL, UNHA, ETC	AMB HCO HSO		
CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO	AMB HCO HSO		
CANTOPLASTIA UNGUEAL	AMB HCO HSO		
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA	AMB HCO HSO		
CIRURGIA DA HIDROSADENITE	HCO HSO		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMÁTICA COM MICROENXERTOS PILOSOS	HCO HSO		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES OU SEQUÊLAS DE TRAUMATISMOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES E/OU MIOCUTÂNEOS	HCO HSO		
CRIOCIRURGIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS	AMB HCO HSO		
CURATIVO DE QUEIMADURAS	AMB HCO HSO		
CURATIVO ESPECIAL SOB ANESTESIA	HCO HSO		
CURETAGEM, ELETROCOAGULAÇÃO E/OU DERMOABRASÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS	AMB HCO HSO		
DERMOLIPECTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO HSO		DUT
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO	AMB HCO HSO		
DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS	AMB HCO HSO		
ENXERTO DE CARTILAGEM, MUCOSA E/OU COMPOSTO	HCO HSO		
ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO	HCO HSO		
ENXERTO OU HOMOENXERTO DE PELE	HCO HSO		
ESCALPO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO HSO		
ESCAROTOMIA DESCOMPRESSIVA	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO	HCO HSO		
EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE LESÃO DE PELE E MUCOSAS	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE TUMOR DE PARTES MOLES	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE UNHA	AMB HCO HSO		
EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES COM OU SEM ROTAÇÃO DE RETALHOS	AMB HCO HSO		
EXPANSÃO TISSULAR	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E RETALHOS CUTÂNEOS	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHO FASCIOCUTÂNEO OU AXIAL	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MIOCUTÂNEOS	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES	HCO HSO		
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXÉRESE E ENXERTO CUTÂNEO	HCO HSO		
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMÃO E/OU PANARÍCIO	AMB HCO HSO		
INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS	AMB HCO HSO		
MATRICECTOMIA	AMB HCO HSO		
PLÁSTICA EM Z OU W	AMB HCO HSO		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS DE GÁLEA APONEURÓTICA	HCO HSO		
RETALHO CUTÂNEO, MUSCULAR OU COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	HCO HSO		

Pele e tecido celular subcutâneo / Mucosas e anexos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	AMB	HCO	HSO		
RETRAÇÃO CICATRICAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES		HCO	HSO		
RETRAÇÃO DE APONEUROSE PALMAR (DUPUYTREN)		HCO	HSO		
SUTURA DE FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	AMB	HCO	HSO		
TRANSECÇÃO DE RETALHO		HCO	HSO		
TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA UNHA (ENXERTO)	AMB	HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS OU NEVUS		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM)	AMB	HCO	HSO		
TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULÓIDE	AMB	HCO	HSO		
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS CUTÂNEOS		HCO	HSO		
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS OU MUSCULARES		HCO	HSO		
TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA		HCO	HSO		

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Lábio					
BIÓPSIA DE LÁBIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO			HCO	HSO	
EXCISÃO COM RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RETALHOS			HCO	HSO	
EXCISÃO EM CUNHA		AMB	HCO	HSO	
FRENOTOMIA/FRENECTOMIA LABIAL	OD	AMB	HCO	HSO	
QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL			HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL			HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO			HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DO LÁBIO			HCO	HSO	
Boca					
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD				DUT
AJUSTE OCLUSAL	OD				
ALONGAMENTO CIRÚRGICO DO PALATO MOLE			HCO	HSO	
ALVEOLOPLASTIA	OD				
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD				
APICETOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD				
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	OD				
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	OD				
BIÓPSIA DE BOCA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
BRIDECTOMIA/BRIDOTOMIA	OD	AMB	HCO	HSO	
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	OD				
CIRURGIA PARA TÓRUS/EXOSTOSE	OD				
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	OD				
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	OD				
COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	OD				DUT

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
CUNHA PROXIMAL	OD		
CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO	OD		
INCISÃO E DRENAGEM (INTRA OU EXTRA-ORAL) DE ABSCESSO, HEMATOMA OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO HSO
EXCISÃO DE LESÃO COM RECONSTRUÇÃO			HCO HSO
EXCISÃO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA OU MAXILECTOMIA			HCO HSO
EXÉRESE DE LESÃO E ENXERTO CUTÂNEO OU MUCOSO			HCO HSO
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	OD		
ENXERTO PEDICULADO	OD		
EXODONTIA A RETALHO	OD		
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	OD		
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	OD		
EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	OD		
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	OD		
GENGIVECTOMIA/GENGIVOPLASTIA	OD		
GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA			HCO HSO
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA	OD		
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	OD		
ODONTO-SECÇÃO	OD		
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS			HCO HSO
PALATOPLASTIA COM RETALHO OU ENXERTO			HCO HSO
PALATOPLASTIA PARCIAL OU TOTAL			HCO HSO
PALATO-QUEILOPLASTIA			HCO HSO
PLÁSTICA DO DUCTO PAROTÍDEO			HCO HSO
PULPOTOMIA	OD		
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD		
RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL	OD		
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO	OD		
REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD		DUT
RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	OD		
REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	OD		
REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	OD		
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRA-CANAL	OD		
REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS, SEMI-INCLUSOS OU IMPACTADOS)	OD		
REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	OD		
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRA-CANAL	OD		
REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	OD		

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA	OD					
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO	OD					
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	OD					
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA /TRATAMENTO EXPECTANTE	OD					
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MACROSTOMIA			HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MICROSTOMIA			HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROFACIAL			HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO		DUT
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO		DUT
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL	OD					
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	OD					
TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	OD					
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR)	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES DECÍDUOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					DUT
TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					DUT
ULLECTOMIA/ULOTOMIA	OD					

Língua

BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO		DUT
FRENOTOMIA/FRENECTOMIA LINGUAL	OD	AMB	HCO	HSO		
GLOSSECTOMIA COM MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS			HCO	HSO		
GLOSSECTOMIA COM PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE			HCO	HSO		
TUMOR DE LÍNGUA - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO		

Glândulas salivares

BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO		DUT
EXCISÃO COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE GLÂNDULAS SALIVARES			HCO	HSO		
EXENTERAÇÃO + PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL			HCO	HSO		
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE, RÂNULA OU CÁLCULO SALIVAR	OD	AMB	HCO	HSO		
EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE			HCO	HSO		
EXÉRESE INCLUINDO PELE, CARTILAGEM COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS		AMB	HCO	HSO		
PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO OU CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL			HCO	HSO		
PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇÃO DO RAMO ASCENDENTE DA MANDÍBULA			HCO	HSO		
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR		AMB	HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE GLÂNDULA SALIVAR COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL			HCO	HSO		

Faringe

ADENO-AMIGDALECTOMIA			HCO	HSO		
ADENOIDECTOMIA			HCO	HSO		

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA	HCO	HSO	
AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	HCO	HSO	
AMIGDALECTOMIA LINGUAL	HCO	HSO	
BIÓPSIA DO CAVUM, OROFARINJE OU HIPOFARINJE	AMB	HCO	HSO
CAUTERIZAÇÃO	HCO	HSO	
CRIPTÓLISE AMIGDALIANA	HCO	HSO	
FARINGOLARINGECTOMIA	HCO	HSO	
FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE BOCA OU FARINJE	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINJE (VIA BUCAL OU NASAL)	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINJE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINJE COM OU SEM MANDIBULECTOMIA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINJE POR MANDIBULOTOMIA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINJE VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINJE (VIA TRANSPALATINA OU TRANSMAXILAR)	HCO	HSO	
RESSECÇÃO OU DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNCEO	AMB	HCO	HSO
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE FARINJE, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	AMB	HCO	HSO
UVULOPALATOFARINGOPLASTIA	HCO	HSO	

Laringe

ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA	HCO	HSO	
ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA	HCO	HSO	
ARITENOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA	HCO	HSO	
CONFECÇÃO DE FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA PARA PRÓTESE FONATÓRIA COM MIOTOMIA FARÍNGEA - INCLUI A PRÓTESE FONATÓRIA	HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA, COM LASER	HCO	HSO	
INJEÇÃO INTRALARÍNGEA DE TOXINA BOTULÍNICA	HCO	HSO	
LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO POR RETALHOS	HCO	HSO	
LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	HCO	HSO	
LARINGOSCOPIA DIRETA PARA DIAGNÓSTICO	AMB	HCO	HSO
LARINGOTRAQUEOPLASTIA	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA COM LASER PARA RESSECÇÃO DE LESÕES BENIGNAS OU MALIGNAS	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA DECORTICAÇÃO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO DE CISTO OU LESÃO INTRACORDAL	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO E/OU RESSECÇÃO DE TUMOR, PÓLIPO, NÓDULO, GRANULOMA OU OUTRA LESÃO	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL (INCLUI INJEÇÃO DE MATERIAIS)	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÃO	HCO	HSO	
TIROPLASTIA COM OU SEM ROTAÇÃO DE ARITENOÍDE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA LARÍNCEO	HCO	HSO	
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ESTENOSE LARÍNGEA	HCO	HSO	

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Trauma crânio-maxilo-facial			
FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	
FRATURA LEFORT I , II OU III- FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO-MAXILA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	
FRATURA SIMPLES OU COMPLEXA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	
REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO COM OU SEM FIXAÇÃO	HCO	HSO	
REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL	HCO	HSO	
REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR COM OU SEM FIXAÇÃO	HCO	HSO	
REDUÇÃO DE FRATURAS DE CÔNDILO MANDIBULAR	HCO	HSO	
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE MANDÍBULA	HCO	HSO	
RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO (NA FACE)	AMB	HCO	HSO
TRATAMENTO DE FRATURA DE MANDÍBULA COM OU SEM CONTENÇÃO, FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO DE FRATURA DE MAXILA, REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA OU APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO DE FRATURAS ALVEOLARES FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO	HCO	HSO	
TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS E/OU COMPLEXAS DO TERÇO MÉDIO DA FACE, FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO MAXILAR, BLOQUEIO INTERMAXILAR, ENXERTO ÓSSEO E HALO CRANIANO EVENTUAL	HCO	HSO	

Cirurgia reparadora e funcional da face

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL	HCO	HSO	
HEMIMANDIBULECTOMIA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE	HCO	HSO	
OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	HCO	HSO	
OSTEOPLASTIAS DA ÓRBITA	HCO	HSO	
OSTEOPLASTIAS DE MANDÍBULA/MAXILA	HCO	HSO	
OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMÁTICO	HCO	HSO	
OSTEOPLASTIAS ETMÓIDO ORBITAIS	HCO	HSO	
OSTEOTOMIA CRÂNIO-MAXILARES	HCO	HSO	
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNATISMO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS ALVÉOLO PALATINAS	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS DOS MAXILARES OU MALARES	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA/MAXILA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO	HCO	HSO	
REDUÇÃO SIMPLES DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR COM FIXAÇÃO INTERMAXILAR	HCO	HSO	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	HCO	HSO	
SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO HSO DUT
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOS	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-MAXILO-FACIAL E BUCO NASAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DA ATM	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES E EXOSTOSES	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	HCO	HSO	

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Face					
CORREÇÃO DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O AUXÍLIO DE EXPANSORES DE TECIDOS		HCO	HSO		
EXÉRESE DE CISTO	AMB	HCO	HSO		
EXÉRESE DE TUMOR OU FÍSTULA		HCO	HSO		
HEMIATROFIA FACIAL, CORREÇÃO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE		HCO	HSO		
REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL PARA O TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL, COM OU SEM NEUROTIZAÇÃO		HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHO AXIAL DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL		HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS AXIAIS SUPRA-ORBITAIS E SUPRATROCLEARES		HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS EM VY DE PEDÍCULO SUBARTERIAL		HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO COM ROTAÇÃO DO MÚSCULO TEMPORAL		HCO	HSO		
Mandíbula e maxila					
BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	DUT
HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SECCIONAL DA MANDÍBULA		HCO	HSO		
MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO		HCO	HSO		
MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITAL E RINOTOMIA LATERAL		HCO	HSO		
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE OSTEOMIOCUTÂNEO		HCO	HSO		
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA		HCO	HSO		
OPERAÇÃO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MANDÍBULA COM DESARTICULAÇÃO DE ATM		HCO	HSO		
RESSECÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA (SEGMENTAR OU SECCIONAL)		HCO	HSO		
Pescoço					
CERVICOTOMIA EXPLORADORA		HCO	HSO		
DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO		HCO	HSO		
ESCALENOTOMIA		HCO	HSO		
ESVAZIAMENTO CERVICAL		HCO	HSO		
EXÉRESE DE TUMOR, CISTO OU FÍSTULA CERVICAL		HCO	HSO		
LINFADENECTOMIA PROFUNDA		HCO	HSO		
LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	AMB	HCO	HSO		
NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXÉRESE		HCO	HSO		
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE		HCO	HSO		
PUNÇÃO-BIÓPSIA DE PESCOÇO	AMB	HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO DE ESÓFAGO CERVICAL		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO		HCO	HSO		
RETRAÇÃO CICATRICIAL CERVICAL COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO		HCO	HSO		
TORCICOLO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA COM RETALHO CUTÂNEO		HCO	HSO		

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Tireóide					
BIÓPSIA DE TIREÓIDE	AMB	HCO	HSO		
BÓCIO Mergulhante: Extirpação		HCO	HSO		
ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA		HCO	HSO		
TIREOIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR		HCO	HSO		
Paratireóide					
BIÓPSIA DE PARATIREÓIDE	AMB	HCO	HSO		
PARATIREOIDECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL		HCO	HSO		
PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA		HCO	HSO		
PARATIREOIDECTOMIA SUBTOTAL		HCO	HSO		
PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM IMPLANTE DE PARATIREÓIDES		HCO	HSO		
REIMPLANTE DE PARATIREÓIDE PREVIAMENTE PRESERVADA		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO		HCO	HSO		
Crânio					
CRANIOPLASTIA		HCO	HSO		
CRANIOTOMIA OU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA		HCO	HSO		
CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS		HCO	HSO		
RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL		HCO	HSO		
RETIRADA DE CRANIOPLASTIA		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CRANIOSSINOSTOSE		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE CRÂNIO		HCO	HSO		

Olhos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Pálpebra					
ABSCESSO DE PÁLPEBRA - DRENAGEM	AMB				
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	AMB				
BLEFARORRAFIA	AMB				
CALÁZIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB				
CANTOPLASTIA	AMB	HCO	HSO		
COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO		DUT
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO	AMB	HCO	HSO		
DERMATOCALAZE OU BLEFAROCALAZE	AMB	HCO	HSO		
EPICANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
EPILAÇÃO DE CÍLIOS POR ELETRÓLISE	AMB	HCO	HSO		
FISSURA PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
LAGOFTALMO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR		HCO	HSO		
PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS	AMB	HCO	HSO		
RETRAÇÃO PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO		

Olhos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
SUPERCÍLIO - RECONSTRUÇÃO	HCO	HSO	
SUTURA DE PÁLPEBRA	AMB	HCO	HSO
TARSORRAFIA	AMB	HCO	HSO
TELECANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO
TRIQUEÍASE COM OU SEM ENXERTO	AMB	HCO	HSO

Cavidade orbitária

CORREÇÃO DA ENOFTALMIA	HCO	HSO	
DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO	HCO	HSO	
EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA COM OU SEM OSTEOTOMIA	HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PÁLPEBRA, CAVIDADE ORBITÁRIA E OLHOS	HCO	HSO	
EXÉRESE OU RESSECÇÃO DE TUMOR DE ÓRBITA	HCO	HSO	
FRATURA DE ÓRBITA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO	HCO	HSO	
IMPLANTE SECUNDÁRIO DE ÓRBITA	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS	HCO	HSO	
RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA CAVIDADE ORBITAL	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITÁRIA	HCO	HSO	

Conjuntiva

AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	HCO	HSO	
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	AMB	HCO	HSO
EXÉRESE DE PTERÍGIO	AMB	HCO	HSO
EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	HCO	HSO	
INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL	AMB	HCO	HSO
RECONSTITUIÇÃO DE FUNDO DE SACO	HCO	HSO	
SUTURA DE CONJUNTIVA	AMB	HCO	HSO

Córnea

CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	AMB	HCO	HSO	
CERATECTOMIA FOTOTERAPÉUTICA (PTK)	AMB	HCO	HSO	PAC
CERATECTOMIA SUPERFICIAL	HCO	HSO		
CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	DUT
IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO		DUT
RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	AMB	HCO	HSO	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	AMB	HCO	HSO	
SUTURA DE CÓRNEA (COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS)	HCO	HSO		
TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	HCO	HSO		

Câmara anterior

PARACENTESE DA CÂMARA ANTERIOR	AMB	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA CÂMARA ANTERIOR	HCO	HSO		
REMOÇÃO DE HIFEMA	HCO	HSO		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR	HCO	HSO		

Olhos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Cristalino					
CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO	AMB	HCO	HSO		
FACECTOMIA SEM IMPLANTE	AMB	HCO	HSO		
IMPLANTE SECUNDÁRIO / EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB	HCO	HSO		
REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG LASER, APÓS CIRURGIA DE CATARATA	AMB	HCO	HSO		
Corpo vítreo					
BIÓPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA		HCO	HSO		
BIÓPSIA DE VÍTREO VIA PARS PLANA		HCO	HSO		
ENDOLASER/ENDODIATERMIA		HCO	HSO		
IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO		HCO	HSO		
INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO		HCO	HSO		
TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA		HCO	HSO		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO		HCO	HSO		
RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE	AMB	HCO	HSO		
TROCA FLUIDO GASOSA		HCO	HSO		
VITRECTOMIA A CÉU ABERTO - CERATOPRÓTESE		HCO	HSO		
VITRECTOMIA ANTERIOR		HCO	HSO		
VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA		HCO	HSO		
Esclera					
BIÓPSIA DE ESCLERA	AMB	HCO	HSO		
ENXERTO DE ESCLERA		HCO	HSO		
SUTURA DE ESCLERA		HCO	HSO		
Bulbo ocular					
ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE		HCO	HSO		
INJEÇÃO RETROBULBAR		HCO	HSO		
RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES		HCO	HSO		
Íris e corpo ciliar					
BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR	AMB	HCO	HSO		
CICLOTERAPIA ANTIGLAUCOMATOSA	AMB	HCO	HSO		
CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES VALVULARES		HCO	HSO		
DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE CORÓIDE		HCO	HSO		
FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR (EXCETO PARA CORREÇÃO ISOLADA DE DISTÚRBIOS DE REFRAÇÃO)		HCO	HSO		
FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER)	AMB	HCO	HSO		
GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA	AMB	HCO	HSO		
IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)	AMB	HCO	HSO		
IRIDOCICLECTOMIA		HCO	HSO		
SINEQUIOTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)	AMB	HCO	HSO		

Olhos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Músculos			
BIÓPSIA DE MÚSCULOS	AMB HCO	HSO	
CIRURGIA COM SUTURA AJUSTÁVEL	HCO	HSO	
ESTRABISMO CICLO VERTICAL/TRANSPOSIÇÃO	HCO	HSO	
ESTRABISMO HORIZONTAL	HCO	HSO	
INJEÇÃO OCULAR DE TOXINA BOTULÍNICA	AMB HCO	HSO	PAC

Retina

APLICAÇÃO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL	HCO	HSO	
BIÓPSIA DE RETINA	HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR DE CORÓIDE E/OU CORPO CILIAR	HCO	HSO	
FOTOCOAGULAÇÃO (LASER)	AMB HCO	HSO	
MAPEAMENTO DE RETINA (FUNDOSCOPIA)	AMB HCO	HSO	
PANCRIOITERAPIA PERIFÉRICA	HCO	HSO	
REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	HCO	HSO	
RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	HCO	HSO	
RETINOPEXIA PNEUMÁTICA	HCO	HSO	
RETINOPEXIA PROFILÁTICA (CRIOPEXIA)	HCO	HSO	

Vias lacrimais

CIRURGIA DA GLÂNDULA LACRIMAL	HCO	HSO	
DACRIOCISTECTOMIA	HCO	HSO	
DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBAÇÃO	HCO	HSO	
FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIIS	AMB HCO	HSO	
RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL	HCO	HSO	
SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIIS - COM OU SEM LAVAGEM	AMB HCO	HSO	

Orelha

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Pavilhão auricular			
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	AMB HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR	AMB HCO	HSO	
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA PAVILHÃO AURICULAR (TEMPO FACIAL)	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE ORELHA	AMB HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO PAVILHÃO AURICULAR	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO TOTAL DE ORELHA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE ORELHA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAVILHÃO AURICULAR, INCLUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINUS PRÉ-AURICULAR	AMB HCO	HSO	

Orelha externa

ASPIRAÇÃO AURICULAR OU CURATIVO	AMB HCO	HSO	
---------------------------------	---------	-----	--

Orelha

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
BIÓPSIA DE ORELHA EXTERNA	AMB	HCO	HSO		
ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORREÇÃO		HCO	HSO		
EXÉRESE DE CISTO PRÉ-AURICULAR	AMB				
FURÚNCULO - DRENAGEM	AMB				
PERICONDRITE DE PAVILHÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS OU PÓLIPOS E OU BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO		
TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - EXÉRESE	AMB	HCO	HSO		

Orelha média

CAUTERIZAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA	AMB	HCO	HSO		
DUCHA DE POLITZER OU CURATIVO DE OUVIDO	AMB	HCO	HSO		
ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA		HCO	HSO		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL		HCO	HSO		
FÍSTULA PERILINFÁTICA - FECHAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
GLOMUS JUGULAR - RESSECÇÃO		HCO	HSO		
GLOMUS TIMPÂNICO - RESSECÇÃO		HCO	HSO		
MASTOIDECTOMIA		HCO	HSO		
OUVIDO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
PARACENTESE DO TÍMPANO - MIRINGOTOMIA	AMB	HCO	HSO		
TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA		HCO	HSO		
TIMPANOPLASTIA - MIRINGOPLASTIA		HCO	HSO		
TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUÇÃO DA CADEIA OSSICULAR		HCO	HSO		
TIMPANOTOMIA EXPLORADORA		HCO	HSO		
TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO		HCO	HSO		

Orelha interna

DOENÇA DE MENIERE - TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO OU "SHUNT"		HCO	HSO		
ENXERTO INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL		HCO	HSO		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL		HCO	HSO		
IMPLANTE COCLEAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	PAC	DUT
LABIRINTECTOMIA (MEMBRANOSA OU ÓSSEA) - SEM AUDIÇÃO		HCO	HSO		
NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MÉDIA OU POSTERIOR		HCO	HSO		
NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRÍNTICA - SEM AUDIÇÃO		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL		HCO	HSO		
TUMOR DO NERVO ACÚSTICO - RESSECÇÃO		HCO	HSO		

Nariz e seios paranasais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Nariz					
ABCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM COM OU SEM ANESTESIA GERAL	AMB	HCO	HSO		
ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTES COM LESÕES LABIO-PALATAIS		HCO	HSO		
BIÓPSIA DE NARIZ	AMB	HCO	HSO		
CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE COM OU SEM MICROSCOPIA	AMB	HCO	HSO		

Nariz e seios paranasais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
CORNETO INFERIOR - CAUTERIZAÇÃO LINEAR E/OU INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA	AMB HCO HSO		
EPISTAXE - CAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA ESFENOPALATINA COM OU SEM MICROSCOPIA POR VIDEOENDOSCOPIA	AMB HCO HSO		
EPISTAXE - LIGADURA DAS ARTÉRIAS ETMOIDAIAS	HCO HSO		
EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	AMB HCO HSO		
EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERIOR	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PIRÂMIDE NASAL	HCO HSO		
EXÉRESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA	AMB HCO HSO		
FECHAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA TRANSNASAL	HCO HSO		
FÍSTULA LIQUÓRICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO	HCO HSO		
FRATURAS DOS OSSOS NAsAIS - REDUÇÃO CIRÚRGICA E GESSO	HCO HSO		
FRATURAS DOS OSSOS NAsAIS - REDUÇÃO INCRUENTA E GESSO	AMB HCO HSO		
IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA INTRANASAL OU TRANSPALATINA	HCO HSO		
IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRURGICA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	HCO HSO		
OZENA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO HSO		
PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO HSO		
POLIPECTOMIA	AMB HCO HSO		
RECONSTRUÇÃO NASAL	HCO HSO		
RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS	AMB HCO HSO		
RESSECÇÃO DE TUMORES MALIGNOS TRANSNASAIS	HCO HSO		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	AMB HCO HSO		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL POR VIDEOENDOSCOPIA	AMB HCO HSO		
RINECTOMIA	HCO HSO		
RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL	HCO HSO		
SEPTOPLASTIA	HCO HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA NARINÁRIA	HCO HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE NASAL CONGÊNITA	HCO HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RINOFIMA	HCO HSO		
TRATAMENTO DE DEFORMIDADE TRAUMÁTICA NASAL	HCO HSO		
TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR RINOTOMIA LATERAL	HCO HSO		
TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR VIA TRANSNASAL	AMB HCO HSO		
TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA	HCO HSO		

Seios paranasais

ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL	HCO HSO		
ANTROSTOMIA MAXILAR, ETMOIDECTOMIA (ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS)	HCO HSO		
ARTÉRIA MAXILAR INTERNA - LIGADURA TRANSMAXILAR	HCO HSO		
BIÓPSIA - SEIOS PARANASAIS	AMB HCO HSO		
DESCOMPRESSÃO TRANSETMOIDAL DO CANAL ÓPTICO	HCO HSO		
ETMOIDECTOMIA EXTERNA OU INTRANASAL	HCO HSO		
EXÉRESE - PÓLIPO	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR	HCO HSO		
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL)	HCO HSO		

Nariz e seios paranasais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
EXÉRESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
MAXILECTOMIA COM OU SEM EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA	HCO	HSO	
PUNÇÃO MAXILAR TRANSMÉATICA OU VIA FOSSA CANINA	AMB HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE ANGIOFIBROMA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DO MESO E INFRA-ESTRUTURA DO MAXILAR SUPERIOR	HCO	HSO	
SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLÁSTICO OU VIA CORONAL	HCO	HSO	
SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA	HCO	HSO	
SINUSECTOMIA MAXILAR CALDWELL-LUC	HCO	HSO	
SINUSECTOMIA MAXILAR OU ETMOIDAL OU ESFENOIDAL OU FRONTAL ENDOSCÓPICA OU POR MICROSCOPIA, VIA ENDONASAL	HCO	HSO	
SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR - ERMIRO DE LIMA	HCO	HSO	
SINUSOTOMIA ESFENOIDAL OU FRONTAL INTRANASAL OU FRONTAL VIA EXTERNA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO - FÍSTULA OROANTRAL OU ORONASAL	HCO	HSO	

Parede torácica

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Parede torácica			
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE COSTELA OU ESTERNO	AMB HCO	HSO	
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA	HCO	HSO	
COSTECTOMIA	HCO	HSO	
ESTERNECTOMIA	HCO	HSO	
FECHAMENTO DE PLEUOSTOMIA	HCO	HSO	
MOBILIZAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	HCO	HSO	
PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	HCO	HSO	
PUNÇÃO BIÓPSIA DE COSTELA OU ESTERNO	AMB HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA (COM OU SEM PRÓTESE)	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES OU MIOCUTÂNEOS	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ESTERNAL COM RETALHOS MUSCULARES	HCO	HSO	
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA	AMB HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO	HCO	HSO	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	HCO	HSO	
TORACECTOMIA	HCO	HSO	
TORACOPLASTIA	HCO	HSO	
TORACOTOMIA COM BIÓPSIA	HCO	HSO	
TORACOTOMIA EXPLORADORA	HCO	HSO	
TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	HCO	HSO	
TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO GRADIL COSTO-ESTERNAL (TRAUMATISMO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELOTE DE COSTELA OU ESTERNO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	HCO	HSO	

Parede torácica

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Mamas			
BIÓPSIA INCISIONAL DE MAMA	AMB HCO HSO		
BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRRAFIA - US (MAMOTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB HCO HSO	PAC	DUT
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US OU RX - AGULHA GROSSA	AMB HCO HSO		
COLETA DE FLUXO PAPILAR DE MAMA	AMB HCO HSO		
CORREÇÃO DE GINECOMASTIA	HCO HSO		
CORREÇÃO DE INVERSÃO PAPILAR	HCO HSO		
DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	AMB HCO HSO		
DRENAGEM E/OU ASPIRAÇÃO DE SEROMA	AMB HCO HSO		
EXÉRESE DE LESÃO DA MAMA POR MARCAÇÃO ESTEREOTÁXICA OU ROLL	HCO HSO		
EXÉRESE DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA	HCO HSO		
EXÉRESE DE NÓDULO	HCO HSO		
FISTULECTOMIA DE MAMA	HCO HSO		
LINFADENECTOMIA AXILAR	HCO HSO		
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR ESTEREOTAXIA, ORIENTADA POR MAMOGRAFIA, ULTRASSONOGRRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	AMB HCO HSO	PAC	
MASTECTOMIA	HCO HSO		
MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	HCO HSO		
PUNÇÃO DE CISTO	AMB HCO HSO		
PUNÇÃO OU BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE AGULHA FINA	AMB HCO HSO		
QUADRANTECTOMIA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR	HCO HSO		
RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	HCO HSO		
RECONSTRUÇÃO DA PLACA ARÉOLO MAMILAR	HCO HSO		
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHOS MUSCULARES E/OU CUTÂNEOS EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	HCO HSO		
RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA	HCO HSO		
RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA	HCO HSO		
RETIRADA DA VÁLVULA APÓS COLOCAÇÃO DE EXPANSOR PERMANENTE	HCO HSO		
SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE EM CASO DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	HCO HSO		

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Autotransplantes osteomiocutâneos			
AUTOTRANSPLANTE CUTÂNEO, ÓSSEO E/OU MUSCULAR LIGADO POR PEDÍCULO VASCULAR	HCO HSO		
AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	HCO HSO		
MICROCIRURGIA NAS GRANDES RECONSTRUÇÕES DE CABEÇA E PESCOÇO, NAS EXTENSAS PERDAS DE SUBSTÂNCIA E NA ABLAÇÃO DE TUMORES AO NÍVEL DOS MEMBROS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO HSO		
TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	HCO HSO		
TRANSPLANTES CUTÂNEOS AUTÓLOGOS COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO HSO		
TRANSPLANTES MUSCULARES AUTÓLOGOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO HSO		

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS AUTÓLOGOS (COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	
TRANSPLANTES ÓSSEOS AUTÓLOGOS VASCULARIZADOS E TRANSPLANTES OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS VASCULARIZADOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	
Transplantes, reimplantes e revascularizações dos membros			
REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR	HCO	HSO	
REIMPLANTE DOS MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES OU PARTES	HCO	HSO	
TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALÂNGICA PARA A MÃO	HCO	HSO	
TRANSPLANTE DE DEDOS DO PÉ PARA A MÃO	HCO	HSO	
Artroscopia			
ARTROCENTESE OU PUNÇÃO DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA DE ESTRUTURAS OU CAVIDADES EXTRA-ARTICULARES COM APLICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS TERAPÊUTICAS	AMB	HCO	HSO
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA CONDROPLASTIA POR ABRASÃO, PERFURAÇÕES MÚLTIPLAS, REDUÇÃO DE FRATURAS, RESSECÇÃO OU DESBRIDAMENTOS DE FRAGMENTOS TENDÍNEOS, OSTEOCONDROMATOSE, RESSECÇÃO DE BURSAS E CALCIFICAÇÕES TENDÍNEAS, FIXAÇÃO DE FRATURAS E FRAGMENTOS OSTEOCONDRAIS, DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, SINOVECTOMIA, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCOIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA P/ DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIA SINOVIAL	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA PARA DESCOMPRESSÃO SUBACROMIAL COM ROTURA DO MANGUITO ROTADOR, RESSECÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA, ARTRODESE DO OMBRO, FIXAÇÃO MENISCA	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA PARA SINOVECTOMIAS E RESSECÇÃO DE MENISCOS	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO, RETENCIÓNAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE INFECÇÃO, REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS OU FRAGMENTOS LIVRES, SINOVECTOMIA PARCIAL (PLICAS), ADERÊNCIAS, MANIPULAÇÕES, DESBRIDAMENTOS	HCO	HSO	
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE	HCO	HSO	
Tração			
INSTALAÇÃO DE HALO CRANIANO	HCO	HSO	
TRAÇÃO CUTÂNEA E OU TRANSESQUELETICA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	HCO	HSO	
Retirada de material de síntese			
RETIRADA DE PRÓTESES DE SUBSTITUIÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	HCO	HSO	
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE (QUALQUER MATERIAL)	AMB	HCO	HSO
Imobilizações			
APARELHOS GESSADOS (QUALQUER TIPO E LOCALIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER LOCALIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO
Procedimentos gerais			
AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE MEMBRO OU SEGMENTO	HCO	HSO	
ARTRODESE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
ARTROPLASTIA COM OU SEM IMPLANTE	HCO	HSO	

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ARTROTOMIA	HCO	HSO	
AUTOENXERTO ÓSSEO	HCO	HSO	
BIÓPSIA ÓSSEA COM OU SEM AGULHA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIAS PERCUTÂNEA SINOVIAL OU DE TECIDOS MOLES	AMB	HCO	HSO
CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO, SUBCUTÂNEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO
CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA E OU CONGÊNITA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
CURETAGEM OU RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUÇÃO E ENXERTO VASCULARIZADO	HCO	HSO	
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENXERTOS EM PSEUDARTROSES	HCO	HSO	
MANIPULAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM ANESTESIA GERAL	HCO	HSO	
OSTEOTOMIA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
PREPARAÇÃO E REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO	AMB	HCO	HSO
PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, ORIENTADA OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM	AMB	HCO	HSO
PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA/ ARTROCENTESE (INFILTRAÇÃO/AGULHAMENTO SECO) ORIENTADO OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM	AMB	HCO	HSO
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA	AMB	HCO	HSO
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES	AMB	HCO	HSO
RESSECÇÃO DE LESÃO COM CIMENTAÇÃO E OSTEOSSÍNTESE	HCO	HSO	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	HCO	HSO	
RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO	HCO	HSO	
REVISÃO DE ARTROPLASTIA (QUALQUER SEGMENTO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO - ENCURTAMENTO COM OU SEM OSTEOSSÍNTESE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO ALONGAMENTO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDOARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES LIGAMENTARES (AGUDAS OU CRÔNICAS)	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES	HCO	HSO	
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS	AMB	HCO	HSO
TUMOR ÓSSEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Coluna vertebral

ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO	HCO	HSO	
ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU PÓSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA COLUNA	HCO	HSO	
BIÓPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA	AMB	HCO	HSO
CORDOTOMIA - MIELOTOMIA	HCO	HSO	
DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA	HCO	HSO	
DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA	HCO	HSO	

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
FRATURA DO CÔCCIX - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURA DO CÔCCIX - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS OU FRATURA-LUXAÇÃO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
HEMIVÉRTEBRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
LAMINECTOMIA		HCO	HSO
MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA OU INTRADURAIIS		HCO	HSO
OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
REDUÇÃO INCRUENTA DE OUTRAS AFECÇÕES DA COLUNA	AMB	HCO	HSO
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL		HCO	HSO
TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE INFANTIL		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COSTELA CERVICAL		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLITOSE		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISRAFISMO ESPINHAL		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DORSO CURVO OU ESCOLIOSE OU CIFOSE OU GIBA COSTAL		HCO	HSO
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR		HCO	HSO
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITÓSES)		HCO	HSO
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO		HCO	HSO
TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO

Articulação escápulo-umeral e cintura escapular

ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA ESCAPULAR		HCO	HSO
DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
DOENÇA DE SPRENGEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ESCÁPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
LUXAÇÕES CRÔNICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
OSTEOMIELITE AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
RESSECÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA		HCO	HSO
REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO		HCO	HSO
TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO		HCO	HSO

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Membros superiores			
ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRAÇO		HCO	HSO
ABCESSOS DE DEDO (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO
AGENESIA DE RÁDIO (CENTRALIZAÇÃO DA ULNA NO CARPO)		HCO	HSO
ALONGAMENTO DO RÁDIO/ULNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MÃO		HCO	HSO
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO BRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DOS METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
AMPUTAÇÃO TRANSMETACARPIANA COM TRANSPOSIÇÃO DE DEDO		HCO	HSO
ARTRODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO		HCO	HSO
ARTRODESE INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTRODESE RÁDIO-CÁRPICA OU DO PUNHO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MÃO (MF OU IF)		HCO	HSO
ARTROPLASTIA DO PUNHO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIAS SEM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ANTEBRAÇO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ÚMERO		HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DA MÃO	AMB	HCO	HSO
BRIDAS CONGÊNITAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
CAPSULECTOMIA METACARPO-FALANGEANA OU INTERFALANGEANA		HCO	HSO
CENTRALIZAÇÃO DA ULNA (TRATAMENTO DA MÃO TORTA RADIAL)		HCO	HSO
COTO DE AMPUTAÇÃO DIGITAL - REVISÃO	AMB	HCO	HSO
DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
DEDO EM BOTOEIRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	AMB	HCO	HSO
DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ENXERTO ÓSSEO (PERDA DE SUBSTÂNCIA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE TENDÃO DE MÃO		HCO	HSO
FALANGIZAÇÃO		HCO	HSO
FIXADOR EXTERNO DINÂMICO COM OU SEM ALONGAMENTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB HCO	HSO	
FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	
FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR	AMB HCO	HSO	
FRATURA DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURA DO METACARPIANO - TRATAMENTO CONSERVADOR	AMB HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO C/ FIXAÇÃO	HCO	HSO	
FRATURAS DO CARPO - TRATAMENTO CONSERVADOR	AMB HCO	HSO	
FRATURAS E OU LUXAÇÕES - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURAS E OU LUXAÇÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - REDUÇÃO INCRUENTA	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS OU CRÔNICAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	
LIGAMENTOPLASTIA COM ÂNCORA	HCO	HSO	
LUXAÇÃO DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA	HCO	HSO	
LUXAÇÃO METACARPOFALANGEANA-TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOMIELEITE DE ÚMERO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOMIELEITE DE ÚMERO - TRATAMENTO INCRUENTO	AMB HCO	HSO	
OSTEOMIELEITE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM OU SEM USO DE MINIPARAFUSO OU FIXADOR EXTERNO	AMB HCO	HSO	
POLICIZAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA DIGITAL	HCO	HSO	
POLIDACTILIA ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB HCO	HSO	
PRÓTESE (IMPLANTE) PARA OSSOS DO CARPO	HCO	HSO	
PSEUDARTROSE DO ESCAFÓIDE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PSEUDARTROSE DOS OSSOS DA MÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PSEUDARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA FALANGE COM RETALHO HOMODIGITAL	AMB HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL	AMB HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DO POLEGAR COM RETALHO	HCO	HSO	
REDUÇÃO INCRUENTA DAS ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO	AMB HCO	HSO	
REIMPLANTE DE MEMBROS OU PARTES	HCO	HSO	
REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO	HCO	HSO	
REPARAÇÕES CUTÂNEAS COM RETALHO	AMB HCO	HSO	
RESSECÇÃO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO E/ OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE APONEUROSE PALMAR	HCO	HSO	

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	AMB	HCO	HSO
RESSECÇÃO DE OSSO DO CARPO		HCO	HSO
RESSECÇÃO DO PROCESSO ESTILOÍDE DO RÁDIO		HCO	HSO
REVASCULARIZAÇÃO DE DEDOS		HCO	HSO
SEQUESTRECTOMIA		HCO	HSO
SINOVECTOMIA		HCO	HSO
SINOVECTOMIA DE PUNHO		HCO	HSO
TRANSPosição DE DEDO		HCO	HSO
TRANSPosição DO RÁDIO PARA ULNA		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRODIASTASE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE MÃO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE VOLKMANN		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELETTE		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DE DEDOS, COM OU SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSOR		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA MÚLTIPLA COM EMPREGO DE EXPANSOR		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINOSTOSE RÁDIO-ULNAR		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ROTURAS TENDINO-LIGAMENTARES DA MÃO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO DE MÃO E DEDOS, ESPAÇOS PALMARES, DORSAIS E COMISSURAIS E TENOSSINOVITES	AMB	HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENCURTAMENTO SEGMENTAR DOS OSSOS COM OSTEOSSÍNTESE		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO GIGANTISMO EM MÃO		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO		HCO	HSO
TRATAMENTO DA DOENÇA DE KIENBOCK COM TRANSPLANTE VASCULARIZADO		HCO	HSO
TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE COM PERDA DE SUBSTÂNCIAS DE METACARPIANO E FALANGES		HCO	HSO
TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO COM OU SEM FIXAÇÃO COM MICRO PARAFUSO		HCO	HSO

Cintura pélvica

ARTRODESE / FRATURA DE ACETÁBULO (LIGAMENTOTAXIA) COM OU SEM FIXADOR EXTERNO		HCO	HSO
ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTRODIASTASE DE QUADRIL		HCO	HSO
ARTROPLASTIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DO QUADRIL (GIRDLESTONE)		HCO	HSO
ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL INFECTADA (INCISÃO E DRENAGEM ARTRITE SÉPTICA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
ARTROTOMIA COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA COXO-FEMORAL		HCO	HSO

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA PÉLVICA	HCO	HSO	
DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO ABDOMINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
EPIFISIODESE C/ ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER	HCO	HSO	
EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FÊMUR (FIXAÇÃO "IN SITU")	HCO	HSO	
FRATURA DE ACETÁBULO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURA DE ACETÁBULO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - REDUÇÃO INCRUENTA	HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURA/LUXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANEL PÉLVICO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANEL PÉLVICO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOMIELITE AO NÍVEL DA PELVE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO COLO OU REGIÃO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS SUPRA-ACETABULARES (CHIARI, PEMBERTON, "DIAL", ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PUNÇÃO-BIÓPSIA COXO-FEMORAL-ARTROCENTESE	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE QUADRIL COM FIXADOR EXTERNO	HCO	HSO	
REVISÃO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONENTES E IMPLANTE DE PRÓTESE	HCO	HSO	
TRATAMENTO DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAMENTO ASSOCIADA À NECROSE MICROCIRÚRGICA DA CABEÇA FEMORAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO CONGÊNITA DE QUADRIL - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM OU SEM OSTEOTOMIA / REDUÇÃO INCRUENTA COM OU SEM TENOTOMIA DE ADUTORES	HCO	HSO	

Membros inferiores

ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	HCO	HSO	
ALONGAMENTO COM FIXADOR DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ALONGAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO DE PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE PODODÁCTILOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PÉ (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRODESE AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRODESE DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRODESE DE TARSO E/OU MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRODESE METATARSO - FALÂNGICA OU INTERFALÂNGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ARTROPLASTIA DE TORNOZELO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTRORRISE DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE FÊMUR	HCO	HSO	
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE JOELHO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE TÍBIA OU FÍBULA	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO TORNOZELO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DO PÉ	AMB	HCO	HSO
CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ÓSSEA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA COM FIXADOR EXTERNO	HCO	HSO	
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
DESARTICULAÇÃO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENCURTAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
EPIFISIODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
EPIFISIODESE DE TÍBIA / FÍBULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FASCIOTOMIA OU RESSECÇÃO DE FASCIA PLANTAR	HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA (INCLUSIVE OSTEOCONDRA) - REDUÇÃO INCRUENTA	HCO	HSO	
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS DE FÊMUR - REDUÇÃO INCRUENTA	HCO	HSO	
FRATURAS DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS DE FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS DE FÍBULA (INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURAS, PSEUDARTROSES, CORREÇÃO DE DEFORMIDADES E ALONGAMENTOS COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES CRÔNICAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS EM JOELHO	HCO	HSO	
MENISCORRAFIA	HCO	HSO	
OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL DE JOELHO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE OSSO DO PÉ	HCO	HSO	
REVISÕES DE ARTROPLASTIA TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
REVISÕES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO	HCO	HSO	
REVISÕES DE RECONSTRUÇÕES INTRA-ARTICULARES DE JOELHO	HCO	HSO	
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TOALETE CIRÚRGICA - CORREÇÃO DE JOELHO FLEXO	HCO	HSO	
TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM JOELHO	HCO	HSO	
TRANSPOSIÇÃO DE FÍBULA/TÍBIA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE OU OSTEOARTRITE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADES DOS DEDOS	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EPIFISITES E TENDINITES	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO EM PÉ	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL DE JOELHO, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES INTRÍNSICAS OU COMPLEXAS DE JOELHO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA AO NÍVEL DO PÉ	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALLUX VALGUS	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR	AMB	HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO	HCO	HSO	
TRATAMENTO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS	HCO	HSO	
Músculos e fascias			
ALONGAMENTO	HCO	HSO	
BIÓPSIA DE MÚSCULO	AMB	HCO	HSO

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
DESRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	HCO	HSO	
DESINSERÇÃO OU MIOTOMIA	HCO	HSO	
DISSECÇÃO MUSCULAR	HCO	HSO	
DRENAGEM CIRÚRGICA DO PSOAS	HCO	HSO	
FASCIOTOMIA	HCO	HSO	
MIORRAFIAS	AMB	HCO	HSO
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR	HCO	HSO	

Tendões, bursas e sinóvias

ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIAS CIRÚRGICAS DE TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	AMB	HCO	HSO
BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO
ENCURTAMENTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
SÍNDROME DO CANAL CARPIANO - TRATAMENTO CRUENTO	HCO	HSO	
SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO	HCO	HSO	
TENODESE	AMB	HCO	HSO
TENÓLISE NO TÚNEL ÓSTEO FIBROSO	HCO	HSO	
TENÓLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES	HCO	HSO	
TENORRAFIA	HCO	HSO	
TENOSSINOVECTOMIA	HCO	HSO	
TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO
TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM	AMB	HCO	HSO
TENOTOMIA	HCO	HSO	
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO)	HCO	HSO	
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ARTRODESE)	HCO	HSO	
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ENXERTO)	HCO	HSO	
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)	HCO	HSO	
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SIMPLES)	HCO	HSO	
TUMORES DE TENDÃO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Sistema respiratório e mediastino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Traquéia			
COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL, TRAQUEOBRÔNQUICA OU BRÔNQUICA, INCLUSIVE POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA	HCO	HSO	
PLASTIA DE TRAQUEOSTOMA	HCO	HSO	
PUNÇÃO TRAQUEAL	AMB	HCO	HSO
RESSECÇÃO CARINAL (TRAQUEOBRÔNQUICA)	HCO	HSO	

Sistema respiratório e mediastino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
TRAQUEOPLASTIA	HCO	HSO	
TRAQUEORRAFIA	HCO	HSO	
TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
TRAQUEOSTOMIA	AMB	HCO	HSO
TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRÔNQUICA	HCO	HSO	
TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	HCO	HSO	
TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	HCO	HSO	
TROCA DE PRÓTESE TRÁQUEO-ESOFÁGICA	HCO	HSO	

Brônquios

BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA	HCO	HSO	
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA	HCO	HSO	
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
COLOCAÇÃO DE MOLDE BRÔNQUICO POR TORACOTOMIA	HCO	HSO	

Pulmão

BULECTOMIA	HCO	HSO	
BULECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR	HCO	HSO	
CISTO PULMONAR CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL	HCO	HSO	
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	HCO	HSO	
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
EMBOLECTOMIA PULMONAR	HCO	HSO	
LOBECTOMIA POR MALFORMAÇÃO PULMONAR	HCO	HSO	
LOBECTOMIA PULMONAR	HCO	HSO	
LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
METASTASECTOMIA PULMONAR	HCO	HSO	
METASTASECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
NODULECTOMIA	HCO	HSO	
PNEUMONECTOMIA	HCO	HSO	
PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO	HCO	HSO	
PNEUMORRAFIA	HCO	HSO	
PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEO-CAVITÁRIO	HCO	HSO	
POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA)	HCO	HSO	
SEGMENTECTOMIA	HCO	HSO	
SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	

Pleura

BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE PLEURA POR AGULHA	AMB	HCO	HSO
DESCORTICAÇÃO PULMONAR	HCO	HSO	

Sistema respiratório e mediastino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
DESCORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
PLEURECTOMIA	HCO	HSO	
PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
PLEURODESE	HCO	HSO	
PLEURODESE POR VÍDEO	HCO	HSO	
PLEUROSCOPIA	HCO	HSO	
PLEUROSCOPIA POR VÍDEO	HCO	HSO	
PLEUOSTOMIA	HCO	HSO	
PUNÇÃO PLEURAL	AMB	HCO	HSO
REFLEÇÃO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUÇÃO DE ANTIBIÓTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VÍDEO	HCO	HSO	
RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO	AMB	HCO	HSO
TENDA PLEURAL	HCO	HSO	
TENDA PLEURAL POR VÍDEO	HCO	HSO	
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	HCO	HSO	
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VÍDEO	HCO	HSO	

Mediastino

BIÓPSIA DE LINFONODOS PRÉ-ESCALÊNICOS OU DO CONFLUENTE VENOSO	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO	HCO	HSO	
BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO POR VÍDEO	HCO	HSO	
CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÓFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÓFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO	HCO	HSO	
LIGADURA DE ARTÉRIAS BRÔNQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	HCO	HSO	
LIGADURA DO DUCTO-TORÁCICO	HCO	HSO	
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VÍDEO	HCO	HSO	
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	HCO	HSO	
MEDIASTINOSCOPIA	HCO	HSO	
MEDIASTINOSCOPIA POR VÍDEO	HCO	HSO	
MEDIASTINOTOMIA	HCO	HSO	
MEDIASTINOTOMIA POR VÍDEO	HCO	HSO	
PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA	HCO	HSO	
PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA POR VÍDEO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE BÓCIO INTRATORÁCICO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VÍDEO	HCO	HSO	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO	HCO	HSO	
TIMECTOMIA	HCO	HSO	
TIMECTOMIA POR VÍDEO	HCO	HSO	
TRATAMENTO DA MEDIASTINITE	HCO	HSO	
VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPÊUTICA POR TORACOTOMIA	HCO	HSO	

Sistema respiratório e mediastino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Diafragma			
ABSCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut	
Defeitos cardíacos congênitos				
AMPLIAÇÃO DE ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO	HCO	HSO		
CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO		
COARCTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO		
CONFEÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	HCO	HSO		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	HCO	HSO		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	HCO	HSO		
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM CIRURGIA VALVAR	HCO	HSO		
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	HCO	HSO		
REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO)	HCO	HSO		
RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS)	HCO	HSO		
TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS)	HCO	HSO		
Valvoplastias				
AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR	HCO	HSO		
CIRURGIA MULTIVALVAR	HCO	HSO		
COMISSUROTOMIA VALVAR	HCO	HSO		
PLASTIA VALVAR	HCO	HSO		
TROCA VALVAR	HCO	HSO		
Coronariopatias				
ANEURISMECTOMIA DE VE	HCO	HSO		
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	HCO	HSO		
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM CIRURGIA VALVAR	HCO	HSO		
Marca-passo				
CÁRDIO-ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE), TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA	AMB	HCO	HSO	PAC
IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	PAC	DUT
IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO		DUT
IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO		DUT
IMPLANTE DE MARCA-PASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO		DUT
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)	HCO	HSO		
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)	HCO	HSO		
RECOLOCAÇÃO DE ELETRODOS E/OU GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES	HCO	HSO		
REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO DE MARCA-PASSO E/OU CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL COM AUXÍLIO DE DILATADOR MECÂNICO, LASER OU RADIOFREQUÊNCIA	HCO	HSO		
RETIRADA DO SISTEMA OU TROCA DE GERADOR	HCO	HSO		

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Outros procedimentos			
COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO	HCO	HSO	
COLOCAÇÃO DE STENT NA AORTA COM OU SEM CEC	HCO	HSO	
DERIVAÇÃO CAVO-ATRIAL	HCO	HSO	
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA CONVENCIONAL	HCO	HSO	
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM CRIANÇAS DE BAIXO PESO (10 KG)	HCO	HSO	
Cirurgia arterial			
ANEURISMAS DE AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA	HCO	HSO	
ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA	HCO	HSO	
ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR	HCO	HSO	
ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR	HCO	HSO	
ARTÉRIA RENAL - REVASCULARIZAÇÃO	HCO	HSO	
ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	HCO	HSO	
CATERETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL - PARA PAM	HCO	HSO	
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMAS QUALQUER LOCALIZAÇÃO	HCO	HSO	
CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	HCO	HSO	
ENDARTERECTOMIAS	HCO	HSO	
LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS	HCO	HSO	
PONTE AORTO-BILIÁCA	HCO	HSO	
PONTE AORTO-ILÍACA	HCO	HSO	
PONTE ARTERO-ARTERIAL	HCO	HSO	
PONTE AXILO-BIFEMORAL	HCO	HSO	
PONTE AXILO-FEMORAL	HCO	HSO	
PONTE DISTAL	HCO	HSO	
PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL	HCO	HSO	
PONTE FÊMORO-FEMORAL CRUZADA	HCO	HSO	
PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	HCO	HSO	
PONTES TRANSCERVICAIS	HCO	HSO	
REOPERAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR GLÔMICO	HCO	HSO	
RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO	HCO	HSO	
REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL	HCO	HSO	
REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME VÉRTEBRO BASILAR	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR CAROTÍDEO	HCO	HSO	
TRONCO CELÍACO	HCO	HSO	
Cirurgia venosa			
CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES	HCO	HSO	
CURA CIRÚRGICA DA IMPOTÊNCIA COEUNDI VENOSA	HCO	HSO	
CURA CIRÚRGICA DE HIPERTENSÃO PORTAL	HCO	HSO	
FULGURAÇÃO DE TELANGIECTASIAS	AMB		
IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA	HCO	HSO	

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA VEIA CAVA INFERIOR	HCO	HSO	
TROMBECTOMIA VENOSA	HCO	HSO	
VALVULOPLASTIA OU INTERPOSIÇÃO DE SEGMENTO VALVULADO VENOSO	HCO	HSO	
VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Fístulas arteriovenosas congênicas ou adquiridas

FÍSTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ÍLIO-ILÍACA	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO	AMB	HCO	HSO
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFÁLICA EXTRACRANIANA	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA COMPLEMENTAR	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA RADICAL	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA PARA REDUÇÃO DE FLUXO	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA	AMB	HCO	HSO
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORÁDICOS	HCO	HSO	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS	HCO	HSO	
TROMBOEMBOLECTOMIA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	HCO	HSO	

Hemodiálise de curta e longa permanência

COLOCAÇÃO E RETIRADA DE SHUNT TEMPORÁRIO	AMB	HCO	HSO	
CONSTRUÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	AMB	HCO	HSO	
HEMOPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFÉRESE OU HEMOPERFUSÃO)	AMB	HCO	HSO	
HEMODIÁLISE CONTÍNUA	AMB	HCO	HSO	
HEMODIÁLISE CRÔNICA	AMB	HCO	HSO	PAC
IMPLANTE POR PUNÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	AMB	HCO	HSO	
IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE	HCO	HSO		
RETIRADA DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	AMB	HCO	HSO	
RETIRADA DE SHUNT OU DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	AMB	HCO	HSO	
ULTRAFILTRAÇÃO	AMB	HCO	HSO	

Cirurgia vascular de urgência

ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	HCO	HSO	
EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL	HCO	HSO	
EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS	HCO	HSO	
LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO TORÁDICAS	HCO	HSO	
LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR	HCO	HSO	
LESÕES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS	HCO	HSO	
LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁDICAS	HCO	HSO	

Hemodinâmica - cardiologia intervencionista (procedimentos diagnósticos/terapêuticos)

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTÉRIA PULMONAR E RAMOS	HCO	HSO	PAC
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS OU DE BIFURCAÇÃO COM IMPLANTE DE STENT	HCO	HSO	PAC
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA POR BALÃO	HCO	HSO	PAC
ATRIOSSEPTOSTOMIA	HCO	HSO	PAC
AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÕES (CATETER OU GUIA)	HCO	HSO	PAC
BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA	HCO	HSO	PAC

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CATERETERISMO CARDÍACO COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRÁFICO OU CINEANGIOGRÁFICO DA AORTA E/OU RAMOS TÓRACO-ABDOMINAIS E/OU MEMBROS	HCO	HSO	PAC		
CATERETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINÂMICA	HCO	HSO	PAC		
CATERETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRÁFICO E DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO	HCO	HSO	PAC		
CATERETERISMO CARDÍACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRÁFICO DA ARTÉRIA PULMONAR	HCO	HSO	PAC		
CATERETERIZAÇÃO CARDÍACA E POR VIA TRANSEPTAL	HCO	HSO	PAC		
EMBOLOTERAPIA	HCO	HSO	PAC		
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO COM OU SEM AÇÃO FARMACOLÓGICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
MAPEAMENTO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS	HCO	HSO	PAC		
ESTUDO HEMODINÂMICO DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM CRIANÇAS	HCO	HSO	PAC		
ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR	HCO	HSO	PAC		
IMPLANTE DE MARCA-PASSO PROVISÓRIO OU COLOCAÇÃO DE CATETER INTRACAVITÁRIO PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA	HCO	HSO	PAC		
IMPLANTE DE PRÓTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA	HCO	HSO	PAC		
IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO CONCOMITANTE	HCO	HSO	PAC		
INFUSÃO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLÍTICAS	HCO	HSO	PAC		
MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS	HCO	HSO	PAC		
OCCLUSÃO PERCUTÂNEA DE "SHUNTS" INTRACARDÍACOS	HCO	HSO	PAC		
OCCLUSÃO PERCUTÂNEA DE FÍSTULA E/OU CONEXÕES SISTÊMICO PULMONARES	HCO	HSO	PAC		
OCCLUSÃO PERCUTÂNEA DO CANAL ARTERIAL	HCO	HSO	PAC		
PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, EXCETO ATRIOSSEPTOSTOMIA	HCO	HSO	PAC		
RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO)	HCO	HSO	PAC		
RECANALIZAÇÃO MECÂNICA DO IAM POR ANGIOPLASTIA	HCO	HSO	PAC		
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	HCO	HSO	PAC		
TRATAMENTO PERCUTÂNEO DO ANEURISMA/DISSECÇÃO DA AORTA	HCO	HSO	PAC		
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA	HCO	HSO	PAC		
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL	HCO	HSO	PAC		

Acessos vasculares

DISSECÇÃO DE VEIA PARA IMPLANTAÇÃO DE CATETER CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL PROLONGADA (NPP) OU QUIMIOTERAPIA (QT)	AMB	HCO	HSO		
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TORACOTOMIA)	HCO	HSO			
INSTALAÇÃO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA DO LEITO (SWAN-GANZ)	HCO	HSO			
INSTALAÇÃO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA TEMPORÁRIA	HCO	HSO			
PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA OU DISSECÇÃO DE VEIA PARA COLOCAÇÃO CATETER	AMB	HCO	HSO		

Sistema cardíco-circulatório

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Cirurgia linfática			
ANASTOMOSE LINFOVENOSA	HCO	HSO	
DOENÇA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
HIGROMA CÍSTICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	
LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
LINFANGIOPLASTIA	HCO	HSO	
LINFEDEMA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
MARSUPIALIZAÇÃO DE LINFOCELE	HCO	HSO	
MARSUPIALIZAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LINFOCELE	HCO	HSO	
PUNÇÃO BIÓPSIA GANGLIONAR	AMB	HCO	HSO

Pericárdio

CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS	HCO	HSO	
DRENAGEM DO PERICÁRDIO	HCO	HSO	
DRENAGEM DO PERICÁRDIO POR VÍDEO	HCO	HSO	
PERICARDIOCENTESE	HCO	HSO	
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA	HCO	HSO	
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VÍDEO	HCO	HSO	

Hipotermia

HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATÓRIA TOTAL	HCO	HSO	
----------------------------------------------------------	-----	-----	--

Miocárdio

BIÓPSIA DO MIOCÁRDIO	HCO	HSO	
CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO)	HCO	HSO	
RETIRADA DE TUMORES INTRACARDÍACOS	HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Esôfago			
AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	HCO	HSO	
DISSECÇÃO DO ESÔFAGO TORÁCICO	HCO	HSO	
ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	
ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA, GASTROPLASTIA)	HCO	HSO	
ESOFAGORRAFIA	HCO	HSO	
ESOFAGORRAFIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	
ESOFAGOSTOMIA	HCO	HSO	
ESTENOSE DE ESÔFAGO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	HCO	HSO	
FÍSTULA TRÁQUEO ESOFÁGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	HCO	HSO	
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA	HCO	HSO	
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E/OU TORÁCICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	HCO	HSO	
SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGICA - CÔLON OU TUBO GÁSTRICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA DE ESÔFAGO COM OU SEM FÍSTULA TRAQUEAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES ESOFÁGICAS	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÔFAGO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
TUNELIZAÇÃO ESOFÁGICA	HCO	HSO	

Estômago

COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL	HCO	HSO	
DEGASTROGASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA	HCO	HSO	
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM OU SEM TORACOTOMIA	HCO	HSO	
GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	
GASTROENTEROANASTOMOSE	HCO	HSO	
GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
GASTRORRAFIA	HCO	HSO	
GASTROSTOMIA CONFEÇÃO / FECHAMENTO	HCO	HSO	
GASTROSTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	HCO	HSO	
MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PILOROPLASTIA	HCO	HSO	
PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES GÁSTRICAS	HCO	HSO	
VAGOTOMIA (QUALQUER TIPO)	HCO	HSO	
VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	

Intestinos

AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA	HCO	HSO	
ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ANORRETOMIOMECTOMIA	HCO	HSO	
APENDICECTOMIA	HCO	HSO	
APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ATRESIA INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	HCO	HSO	
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	HCO	HSO	
CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
COLOCAÇÃO DE SONDA ENTERAL	HCO	HSO	
COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA - CONFECÇÃO / FECHAMENTO	HCO	HSO	
COLOTOMIA E COLORRAFIA	HCO	HSO	
DESTORÇÃO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA OU POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
DISTORÇÃO DE VOLVO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE	HCO	HSO	
DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
DUPLICAÇÃO DO TUBO DIGESTIVO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENTERECTOMIA	HCO	HSO	
ENTERECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
ENTERO-ANASTOMOSE	HCO	HSO	
ENTERO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENTEROPEXIA	HCO	HSO	
ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA	HCO	HSO	
ESPORÃO RETAL - RESSECÇÃO	HCO	HSO	
ESVAZIAMENTO PÉLVICO	HCO	HSO	
ESVAZIAMENTO PÉLVICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
FECALOMA - REMOÇÃO MANUAL	AMB	HCO	HSO
FIXAÇÃO DO RETO	HCO	HSO	
FIXAÇÃO DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
ÍLEO MECONIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
INVAGINAÇÃO INTESTINAL COM OU SEM RESSECÇÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
MEGACÓLON CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
MEMBRANA DUODENAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PÂNCREAS ANULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PERFURAÇÃO DUODENAL OU DELGADO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PILOROMIOTOMIA	HCO	HSO	
PROCIDÊNCIA DO RETO - REDUÇÃO MANUAL	HCO	HSO	
PROCTOCOLECTOMIA	HCO	HSO	
PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL	HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
PROCTOCOLECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE INTESTINO DELGADO	HCO	HSO	
RETOSSIGMOIDECTOMIA	HCO	HSO	
RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
TUMOR ANORRETAL - RESSECÇÃO	HCO	HSO	

Ânus

ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM	AMB	HCO	HSO
ABSCESSO ISQUIO-RETAL - DRENAGEM	AMB	HCO	HSO
CERCLAGEM ANAL	AMB	HCO	HSO
CORPO ESTRANHO DO RETO - RETIRADA	AMB	HCO	HSO
CRIPTECTOMIA		HCO	HSO
DILATAÇÃO DO ÂNUS E/OU DO RETO	AMB	HCO	HSO
ESFINCTEROPLASTIA ANAL		HCO	HSO
ESFINCTEROTOMIA		HCO	HSO
ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
EXCISÃO DE PLICOMA		HCO	HSO
FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA		HCO	HSO
FÍSTULA RETO-VAGINAL E FÍSTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
FISTULECTOMIA ANAL		HCO	HSO
FISTULECTOMIA ANORRETAL COM ABAIXAMENTO MUCOSO		HCO	HSO
FISTULECTOMIA PERINEAL		HCO	HSO
HEMORRÓIDAS - LIGADURA ELÁSTICA	AMB	HCO	HSO
HEMORRÓIDAS - TRATAMENTO ESCLEROSANTE	AMB	HCO	HSO
HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA		HCO	HSO
LACERAÇÃO ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
LESÃO ANAL - ELETROCAUTERIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO
PAPILECTOMIA		HCO	HSO
PÓLIPO RETAL - RESSECÇÃO		HCO	HSO
PROLAPSO RETAL - ESCLEROSE	AMB	HCO	HSO
PROLAPSO RETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
PRURIDO ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR		HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO TOTAL ANOPERINEAL		HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETOCELE		HCO	HSO
TROMBOSE HEMORROIDÁRIA - EXÉRESE	AMB	HCO	HSO

Fígado e vias biliares

ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA	HCO	HSO	
ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA	HCO	HSO	
ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
BIÓPSIA HEPÁTICA POR LAPAROTOMIA	HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
BIÓPSIA HEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSPARIETAL	AMB	HCO	HSO		
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA		HCO	HSO		
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA		HCO	HSO		
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLECISTOJEJUNOSTOMIA		HCO	HSO		
COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLECISTOSTOMIA		HCO	HSO		
COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA		HCO	HSO		
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLÉDOCO OU HEPATICOPLASTIA		HCO	HSO		
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA		HCO	HSO		
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA		HCO	HSO		
COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
COLEDOSCOPIA INTRA-OPERATÓRIA		HCO	HSO		
DERIVAÇÃO PORTO SISTÊMICA		HCO	HSO		
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA		HCO	HSO		
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
DESVASCULARIZAÇÃO HEPÁTICA		HCO	HSO		
DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPÁTICA		HCO	HSO		
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS		HCO	HSO		
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DIRIGIDA OU NÃO DE TUMOR HEPÁTICO (ALCOOLIZAÇÃO)		HCO	HSO		
HEPATORRAFIA		HCO	HSO		
HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES		HCO	HSO		
LOBECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO		
PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL		HCO	HSO		
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS		HCO	HSO		
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
CISTO DE COLÉDOCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
RADIOABLAÇÃO/TERMOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO		DUT
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM OU SEM HEPATECTOMIA		HCO	HSO		
SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO		
SEQUESTRECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES		HCO	HSO		
TRISSEGMENTECTOMIAS		HCO	HSO		

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut	
Pâncreas				
BIÓPSIA DE PÂNCREAS	HCO	HSO		
BIÓPSIA DE PÂNCREAS POR PUNÇÃO DIRIGIDA	HCO	HSO		
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS	HCO	HSO		
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO		
PANCREATECTOMIA PARCIAL OU TOTAL / SEQUESTRECTOMIA	HCO	HSO		
PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO	HCO	HSO		
PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO		
PANCREATO-ENTEROSTOMIA	HCO	HSO		
PANCREATORRAFIA	HCO	HSO		
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM	HCO	HSO		
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO		
Baço				
BIÓPSIA ESPLÊNICA	AMB	HCO	HSO	
ESPLENECTOMIA TOTAL OU PARCIAL		HCO	HSO	
ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	
ESPLENORRAFIA		HCO	HSO	
Peritônio				
DIÁLISE PERITONEAL	AMB	HCO	HSO	PAC
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)	AMB	HCO	HSO	PAC
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) - TREINAMENTO	AMB	HCO	HSO	PAC
EPIPLOPLASTIA		HCO	HSO	
IMPLANTE OU RETIRADA DE CATETER PERITONEAL (TENCKHOFF OU OUTROS)		HCO	HSO	PAC
OMENECTOMIA		HCO	HSO	
OMENECTOMIA LAPAROSCÓPICA		HCO	HSO	
Abdome, parede e cavidade				
BIÓPSIA DE PAREDE ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO	
CISTO SACRO-COCCÍGEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
HÉRNIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA CRURAL		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA CRURAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA INCISIONAL		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA INGUINAL		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA LOMBAR		HCO	HSO	
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE		HCO	HSO	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
HERNIORRAFIA UMBILICAL	HCO	HSO	
LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA BIÓPSIA, DRENAGEM DE ABSCESSO OU LIBERAÇÃO DE BRIDAS EM VIGÊNCIA DE OCLUSÃO	HCO	HSO	
NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXÉRESE	HCO	HSO	
ONFALOCELE/GASTROQUISE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PARACENTESE ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO
PARACENTESE ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTÂNEO	HCO	HSO	
REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA DE ÚRACO	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTÉRICO	HCO	HSO	
RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA TOTAL OU EVISCERAÇÃO)	HCO	HSO	
TERATOMA SACRO-COCCÍGEO - EXÉRESE	HCO	HSO	
VIDEOLAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIAS E PARA OS PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM DE COLEÇÕES, LIBERAÇÃO DE BRIDAS/ADERÊNCIAS E/OU RAFIAS	AMB	HCO	HSO

Sistema urinário

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Rim, bacinete e supra-renal			
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM PERCUTÂNEA	HCO	HSO	
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL DRENAGEM CIRÚRGICA	HCO	HSO	
ADRENALECTOMIA	HCO	HSO	
ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
ANGIOPLASTIA RENAL	HCO	HSO	
ANGIOPLASTIA RENAL TRANSLUMINAL	HCO	HSO	PAC
AUTOTRANSPLANTE RENAL	HCO	HSO	
BIÓPSIA RENAL CIRÚRGICA	HCO	HSO	
CISTO RENAL - ESCLEROTERAPIA PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO
ENDOPIELOTOMIA	HCO	HSO	
ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FÍSTULA PIELO-CUTÂNEA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
LOMBOTOMIA EXPLORADORA	HCO	HSO	
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS RENAIIS	HCO	HSO	
NEFRECTOMIA	HCO	HSO	
NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
NEFRECTOMIA COM URETERECTOMIA	HCO	HSO	
NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA	HCO	HSO	
NEFROLITOTOMIA SIMPLES, ANATRÓFICA OU PERCUTÂNEA	HCO	HSO	
NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	HCO	HSO	PAC
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC., E.H. OU US)	HCO	HSO	

Sistema urinário

Procedimentos	Segmentação	PAC
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA A LASER	HCO HSO	PAC
NEFROPEXIA	HCO HSO	
NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA	HCO HSO	
NEFRORRAFIA	HCO HSO	
NEFROSTOMIA	HCO HSO	
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	AMB HCO HSO	PAC
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL	HCO HSO	
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL LAPAROSCÓPICA	HCO HSO	
PIELOLITOTOMIA	HCO HSO	
PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO HSO	
PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES OU ANATRÓFICA	HCO HSO	
PIELOPLASTIA	HCO HSO	
PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA	HCO HSO	
PIELOSTOMIA	HCO HSO	
PIELOTOMIA EXPLORADORA	HCO HSO	
PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNÓSTICO DE REJEIÇÃO	HCO HSO	PAC
PUNÇÃO BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA	AMB HCO HSO	
REVASCULARIZAÇÃO RENAL	HCO HSO	
SINFISIOTOMIA (RIM EM FERRADURA)	HCO HSO	
TRANSURETERO ANASTOMOSE	HCO HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA PIELO-INTESTINAL	HCO HSO	
TUMOR RENAL - ENUCLEAÇÃO	HCO HSO	
TUMOR WILMS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO HSO	
TUMORES RETRO-PERITONEAIS - EXÉRESE	HCO HSO	

Ureter

BIÓPSIA CIRÚRGICA DE URETER	HCO HSO	
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETER	AMB HCO HSO	
CATERETERISMO URETERAL	HCO HSO	
COLOCAÇÃO CIRÚRGICA DE DUPLO J	HCO HSO	
COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	HCO HSO	
COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J	HCO HSO	
COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J	HCO HSO	
CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VÉSICO-URETERAL	HCO HSO	
DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO HSO	
DUPLICAÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO HSO	
FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	HCO HSO	
FÍSTULA URETERO-INTESTINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	HCO HSO	
FÍSTULA URETERO-VAGINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	HCO HSO	
MEATOTOMIA ENDOSCÓPICA	HCO HSO	
REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA, INTRA OU TRANSVESICAL	HCO HSO	
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL	HCO HSO	
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCÓPICO	HCO HSO	
REIMPLANTE URETERO-VESICAL	HCO HSO	

Sistema urinário

Procedimentos	Segmentação		PAC
REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCÓPICO	HCO	HSO	
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO DE URETER	HCO	HSO	
TRANSURETEROSTOMIA	HCO	HSO	
URETERECTOMIA	HCO	HSO	
URETEROCELE -TRATAMENTO CIRURGICO OU ENDOSCOPICO	HCO	HSO	
URETEROILEOCISTOSTOMIA	HCO	HSO	
URETEROILEOSTOMIA	HCO	HSO	
URETERÓLISE	HCO	HSO	
URETEROLITOTOMIA	HCO	HSO	
URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	HCO	HSO	PAC
URETEROPLASTIA	HCO	HSO	
URETERORRENOLITOTOMIA	HCO	HSO	
URETERORRENOLITOTRIPSIA A LASER	HCO	HSO	PAC
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA (MEC., E.H., OU US)	HCO	HSO	
URETEROSSIGMOIDOPLASTIA	HCO	HSO	
URETEROSSIGMOIDOSTOMIA	HCO	HSO	
URETEROSTOMIA CUTÂNEA	HCO	HSO	
URETEROTOMIA INTERNA PERCUTÂNEA	HCO	HSO	
URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCÓPICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	HCO	HSO	
URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA	HCO	HSO	
URETEROURETEROSTOMIA	HCO	HSO	
URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	

Bexiga

AMPLIAÇÃO VESICAL	HCO	HSO	
BEXIGA PSÓICA	HCO	HSO	
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA VESICAL A CÉU ABERTO	HCO	HSO	
CÁLCULO VESICAL - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO
CISTECTOMIA	HCO	HSO	
CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA (INCLUI PRÓSTATA OU ÚTERO)	HCO	HSO	
CISTOLITOTOMIA	HCO	HSO	
CISTOLITOTRIPSIA A LASER	HCO	HSO	PAC
CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	HCO	HSO	PAC
CISTOLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (U.S., E.H., E.C.)	HCO	HSO	
CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)	HCO	HSO	
CISTOPLASTIA REDUTORA	HCO	HSO	
CISTORRAFIA	HCO	HSO	
CISTOSTOMIA CIRÚRGICA	HCO	HSO	
CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	AMB	HCO	HSO
CISTOSTOMIA POR PUNÇÃO COM TROCATER	AMB	HCO	HSO
COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	

Sistema urinário

Procedimentos	Segmentação			PAC
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	
DIVERTICULECTOMIA VESICAL		HCO	HSO	
ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)		HCO	HSO	
EXTROFIA EM CLOACA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
FÍSTULA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL, SINTÉTICO OU AUTÓLOGO		HCO	HSO	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DE COLO		HCO	HSO	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO		HCO	HSO	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE)		HCO	HSO	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)		HCO	HSO	
NEOBEXIGA CONTINENTE (CUTÂNEA, RETAL OU URETRAL)		HCO	HSO	
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	
PUNÇÃO E ASPIRAÇÃO VESICAL	AMB	HCO	HSO	
REIMPLANTE URETERO-VESICAL À BOARI		HCO	HSO	
RETEÇÃO POR COÁGULO - ASPIRAÇÃO VESICAL	AMB	HCO	HSO	
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J		HCO	HSO	
TUMOR VESICAL - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER		HCO	HSO	
TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA		HCO	HSO	
VESICOSTOMIA CUTÂNEA - CONFECÇÃO OU FECHAMENTO		HCO	HSO	

Sistema genital e reprodutor masculino

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Uretra					
ABSCESSO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO		
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETRA	AMB	HCO	HSO		
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO		
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
DIVERTÍCULO URETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
ELETROCOAGULAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
ESFINCTEROTOMIA		HCO	HSO		
FÍSTULA URETRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO		DUT
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO (EXCETO ESFÍNCTER ARTIFICIAL)		HCO	HSO		
INJEÇÕES PERIURETRAIS (INCLUINDO URETROCISTOCÓPIA)		HCO	HSO		
MEATOPLASTIA (RETALHO CUTÂNEO)		HCO	HSO		
MEATOTOMIA URETRAL	AMB	HCO	HSO		
NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)		HCO	HSO		
RESSECÇÃO DE CARÚNCULA	AMB	HCO	HSO		

Sistema genital e reprodutor masculino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
RESSECÇÃO DE VÁLVULA URETRAL POSTERIOR	HCO	HSO	
TUMOR URETRAL - EXCISÃO	HCO	HSO	
URETRECTOMIA	HCO	HSO	
URETROPLASTIA	HCO	HSO	
URETOSTOMIA	HCO	HSO	
URETROTOMIA INTERNA COM OU SEM PRÓTESE ENDOURETRAL	HCO	HSO	

Próstata e vesículas seminais

ABSCESSO DE PRÓSTATA - DRENAGEM	HCO	HSO	
ADENOMA - RESSECÇÃO	HCO	HSO	
BIÓPSIA PROSTÁTICA	HCO	HSO	
HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - EVACUAÇÃO E IRRIGAÇÃO	HCO	HSO	
HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - REVISÃO E/OU HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA - IMPLANTE DE PRÓTESE	HCO	HSO	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA - TRATAMENTO POR DILATAÇÃO	HCO	HSO	
PROSTATAVESICULECTOMIA	HCO	HSO	
PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
PROSTATECTOMIA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA	HCO	HSO	

Escroto

BIÓPSIA ESCROTAL	AMB	HCO	HSO
DRENAGEM DE ABSCESSO	AMB	HCO	HSO
ELEFANTÍASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO
EXÉRESE DE CISTO ESCROTAL	AMB	HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO		HCO	HSO
RESSECÇÃO DA BOLSA ESCROTAL		HCO	HSO

Testículo

AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTÍCULO		HCO	HSO
BIÓPSIA DE TESTÍCULO	AMB	HCO	HSO
ESCROTO AGUDO - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO
HIDROCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO
IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR		HCO	HSO
ORQUIDOPEXIA		HCO	HSO
ORQUIECTOMIA		HCO	HSO
PUNÇÃO DA VAGINAL	AMB	HCO	HSO
REPARAÇÃO PLÁSTICA (TRAUMA)		HCO	HSO
TORÇÃO DE TESTÍCULO - CURA CIRÚRGICA		HCO	HSO
TUMOR DE TESTÍCULO - RESSECÇÃO		HCO	HSO
VARICOCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO

Epidídimo

BIÓPSIA DE EPIDÍDIMO	AMB	HCO	HSO
DRENAGEM DE ABSCESSO	AMB	HCO	HSO

Sistema genital e reprodutor masculino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
EPIDIDIMECTOMIA	HCO	HSO	
EPIDIDIMOVASOPLASTIA (INCLUINDO MICROCIRURGIA)	HCO	HSO	
EXÉRESE DE CISTO	AMB	HCO	HSO

Cordão espermático

ESPERMATOCELECTOMIA	AMB	HCO	HSO	
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DO DEFERENTE	HCO	HSO		
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	DUT	
VASOVOASOANASTOMOSE (EXCETO PARA REVERSÃO DE VASECTOMIA)	HCO	HSO		

Pênis

AMPUTAÇÃO PARCIAL OU TOTAL	HCO	HSO	
BIÓPSIA PENIANA	AMB	HCO	HSO
DOENÇA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS	HCO	HSO	
EMASCULAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO OU FASCEÍTE NECROTIZANTE	HCO	HSO	
EPISPADIA - RECONSTRUÇÃO	HCO	HSO	
EPISPADIA COM INCONTINÊNCIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
FRATURA DE PÊNIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
HIPOSPADIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
IMPLANTE DE PRÓTESE SEMI-RÍGIDA (EXCLUI PRÓTESES INFLÁVEIS)	HCO	HSO	
NEOFALOPLASTIA COM OU SEM RECONSTRUÇÃO URETRAL	HCO	HSO	
PARAFIMOSE - REDUÇÃO MANUAL OU CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO
PÊNIS CURVO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
PLÁSTICA - RETALHO CUTÂNEO À DISTÂNCIA	HCO	HSO	
PLÁSTICA DE CORPO CAVERNOSO	AMB	HCO	HSO
PLÁSTICA DO FREIO BÁLANO-PREPUICIAL	AMB	HCO	HSO
POSTECTOMIA	AMB	HCO	HSO
PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
RECONSTRUÇÃO DE PÊNIS COM ENXERTO - PLÁSTICA TOTAL	HCO	HSO	
REIMPLANTE DO PÊNIS	HCO	HSO	
REVASCULARIZAÇÃO PENIANA	HCO	HSO	

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ABSCESSO PERINEAL - DRENAGEM CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO
BARTOLINECTOMIA	AMB	HCO	HSO
BIÓPSIA DE VULVA	AMB	HCO	HSO
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VULVA	HCO	HSO	

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CLITORIDECTOMIA	AMB	HCO	HSO		
CLITOROPLASTIA		HCO	HSO		
EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA		HCO	HSO		
EXÉRESE DE GLÂNDULA DE SKENE	AMB	HCO	HSO		
EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO	AMB	HCO	HSO		
HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO		
INCISÃO E DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN OU SKENE	AMB	HCO	HSO		
MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN	AMB	HCO	HSO		
VULVECTOMIA		HCO	HSO		

Vagina

BIÓPSIA DE VAGINA	AMB	HCO	HSO		
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VAGINA		HCO	HSO		
COLPECTOMIA		HCO	HSO		
COLPOCLEISE (LEFORT)		HCO	HSO		
COLPOPLASTIA		HCO	HSO		
COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA (INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL)		HCO	HSO		
COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	AMB	HCO	HSO		
EXÉRESE DE CISTO VAGINAL	AMB	HCO	HSO		
EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO		HCO	HSO		
FÍSTULA GINECOLÓGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO		
HIMENOTOMIA	AMB	HCO	HSO		
NEOVAGINA (CÓLON, DELGADO, TUBO DE PELE)		HCO	HSO		

Útero

BIÓPSIA DO COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO		
BIÓPSIA DO ENDOMÉTRIO	AMB	HCO	HSO		
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DE COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO		
CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA E/OU TERAPÊUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO		HCO	HSO		
DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO		
EXCISÃO DE PÓLIPO CERVICAL	AMB	HCO	HSO		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (VIA ALTA OU BAIXA)		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA AMPLIADA		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)		HCO	HSO		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANEXECTOMIA		HCO	HSO		
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADAS DE CORPO ESTRANHO	AMB	HCO	HSO		

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCÓPIO PARA MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA, METROPLASTIA, ENDOMETRECTOMIA E RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS	HCO	HSO	
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO - INCLUI O DISPOSITIVO	AMB		
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO	AMB		
METROPLASTIA	HCO	HSO	
MIOMECTOMIA UTERINA	HCO	HSO	
TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF)	HCO	HSO	

Tubas

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	DUT
NEOSSALPINGOSTOMIA / SALPINGECTOMIA	HCO	HSO	
SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	

Ovários

OOFORECTOMIA OU OOFOROPLASTIA	HCO	HSO	
OOFOROPLASTIA OU OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
TRANSLOCAÇÃO DE OVÁRIOS	HCO	HSO	

Períneo

CORREÇÃO DE DEFEITO LATERAL	HCO	HSO	
CORREÇÃO DE ENTEROCELE	HCO	HSO	
PERINEORRAFIA E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA	AMB	HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DO SEPTO RETO-VAGINAL	HCO	HSO	
RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
SEIO UROGENITAL - PLÁSTICA	HCO	HSO	

Cavidade e paredes pélvicas

CIRURGIA DO PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL	HCO	HSO	
CULDOPLASTIA	HCO	HSO	
ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	
ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA COM OU SEM BIÓPSIA - INCLUI CROMOTUBAGEM	HCO	HSO	
LIBERAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONIAIS OU SALPINGÓLISE	HCO	HSO	
LIBERAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS, COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONEAIS OU SALPINGÓLISE	HCO	HSO	
LIGADURA DE VEIA OVARIANA	HCO	HSO	
LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA	HCO	HSO	
LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	
NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL OU DO NERVO GÊNITO-FEMORAL	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA	HCO	HSO	

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
RESSECÇÃO OU LIGADURA DE VARIZES PÉLVICAS	HCO	HSO	
RESSECÇÃO OU LIGADURA LAPAROSCÓPICA DE VARIZES PÉLVICAS	HCO	HSO	
SECÇÃO DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS	HCO		
SECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS	HCO		
TRATAMENTO DE CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING)	HCO	HSO	

Partos e outros procedimentos obstétricos

AMNIORREDUÇÃO OU AMNIOINFUSÃO	HCO		
ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) PÓS-ABORTAMENTO	HCO	HSO	
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO	HCO		
CERCLAGEM DO COLO UTERINO	HCO		
CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO	HCO	HSO	
GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA	HCO	HSO	
GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
MATURAÇÃO CERVICAL PARA INDUÇÃO DE ABORTAMENTO OU TRABALHO DE PARTO	HCO	HSO	
INVERSÃO UTERINA - REDUÇÃO MANUAL OU TRATAMENTO CIRURGICO	HCO		
PARTO POR VIA VAGINAL	HCO		
PARTO CESARIANO	HCO		
REVISÃO OBSTÉTRICA DE PARTO OCORRIDO FORA DO HOSPITAL (INCLUI EXAME, DEQUITAÇÃO E SUTURA DE LACERAÇÕES ATÉ DE 2º GRAU)	HCO		

Sistema nervoso - central e periférico

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Encéfalo			
BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO	HCO	HSO	
CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
CRANIOTOMIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO	HCO	HSO	
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA OU PERITONEAL	HCO	HSO	
DRENAGEM ESTEREOTÁXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABSCESSOS	HCO	HSO	
HIPOFISECTOMIA	HCO	HSO	
IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	HCO	HSO	
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
IMPLANTE ESTEREOTÁXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	HCO	HSO	
IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	DUT
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	HCO	HSO	
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	HCO	HSO	
MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	HCO	HSO	
PUNÇÃO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	HCO	HSO	
SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS (INSTALAÇÃO, RETIRADA OU REVISÕES)	HCO	HSO	

Sistema nervoso - central e periférico

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS COM OU SEM MICROSCOPIA	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA REGIÃO SELAR POR ACESSO ENDOSCÓPICO OU CONVENCIONAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO ENCEFÁLICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA EXTRADURAL, SUBDURAL OU INTRACEREBRAL	HCO	HSO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	HCO	HSO	
TRATAMENTO PRÉ-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	HCO		

Medula

CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT
MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	DUT
PUNÇÃO LIQUÓRICA RAQUIANA OU CISTERNAL	AMB	HCO	HSO
TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS PUNÇÃO (NÃO INDICADO NA PROFILAXIA DA CEFALÉIA)	AMB	HCO	HSO

Nervos periféricos

ANASTOMOSE ESPINO-FACIAL	HCO	HSO		
ANASTOMOSE HIPOGLOSSO-FACIAL	HCO	HSO		
BIÓPSIA DE NERVO	AMB	HCO	HSO	
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	
BLOQUEIO FENÓLICO E/OU ALCOÓLICO	AMB	HCO	HSO	
BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	DUT
DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR	HCO	HSO		
ENXERTO DE NERVO	HCO	HSO		
ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR	HCO	HSO		
ENXERTO PARA REPARO DE NERVO	HCO	HSO		
EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS (COM OU SEM ENXERTO INTERFASCICULAR)	HCO	HSO		
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)	HCO	HSO		
EXTIRPAÇÃO DE NEUROMA	HCO	HSO		
IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	DUT	
LESÃO DE NERVOS ASSOCIADA À LESÃO ÓSSEA	HCO	HSO		
LESÃO ESTEREOTÁXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL	HCO	HSO		
MICROCIRURGIA DE NERVOS PERIFÉRICOS	HCO	HSO		
MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES	HCO	HSO		
MICRONEURÓLISE	HCO	HSO		
MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR	HCO	HSO		

Sistema nervoso - central e periférico

Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut
MICRONEURORRAFIA	HCO	HSO		
NEURÓLISE DAS SÍNDROMES COMPRESSIVAS	HCO	HSO		
NEUROTOMIA	HCO	HSO		
NEUROTIPSIA	HCO	HSO		
REPOSIÇÃO DE FÁRMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	AMB	HCO	HSO	
RESSECÇÃO DE NEUROMA	HCO	HSO		
REVISÃO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	AMB	HCO	HSO	
RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO		DUT
SIMPATECTOMIA	HCO	HSO		
SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO		
TRANSPOSIÇÃO DE NERVO	HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS	HCO	HSO		

Nervos cranianos

DESCOMPRESSÃO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	HCO	HSO		
NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO	HCO	HSO		

Sistema nervoso autônomo

BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	AMB	HCO	HSO	
LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	HCO	HSO		
TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO CÉRVICO TORÁCICO	HCO	HSO		

Transplantes de órgãos ou tecidos

Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut
Córnea				
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	HCO	HSO		
TRANSPLANTE DE CÔRNEA	HCO	HSO		
Rim				
NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO	HCO	HSO		
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	HCO	HSO		
TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO)	HCO	HSO		

Transplantes de órgãos ou tecidos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Medula óssea			
AFÉRESE PARA PACIENTE ABO INCOMPATÍVEL	HCO	HSO	PAC
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PROCESSADORA AUTOMÁTICA (AFÉRESE TERAPÊUTICA)	HCO	HSO	PAC
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PUNÇÃO MEDULAR ASPIRATIVA DIRETA	HCO	HSO	PAC
CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	PAC
DESCONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	PAC
DETERMINAÇÃO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLÔNIAS	HCO	HSO	PAC
DETERMINAÇÃO DE VIABILIDADE CELULAR	HCO	HSO	PAC
ESTIMULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	HCO	HSO	PAC
MANUTENÇÃO POR CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA (ATÉ 2 ANOS)	HCO	HSO	PAC
PREPARO E FILTRAÇÃO DO ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	PAC
PREPARO PARA CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	PAC
PROCESSAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	PAC
QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	HCO	HSO	PAC
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	PAC DUT
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	PAC DUT

Outros procedimentos invasivos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares			
ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL	AMB	HCO	HSO
ANESTESIA GERAL OU CONDUTIVA PARA REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROLÍTICO	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS CRANIANOS	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO CELÍACO	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO SIMPÁTICO	HCO	HSO	
BLOQUEIO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	HCO	HSO	
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM ANESTÉSICO LOCAL	HCO	HSO	
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM NEUROLÍTICO	HCO	HSO	
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXOS NERVOSOS (LOMBOSSACRO, BRAQUIAL, CERVICAL) PARA TRATAMENTO DE DOR	AMB	HCO	HSO
BLOQUEIO FACETÁRIO PARA-ESPINHOSO	AMB	HCO	HSO
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DE NERVOS CRANIANOS OU CÉRVICO-TORÁCICO	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR OU TORÁCICO	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO NEUROLÍTICO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM CORTICÓIDE	HCO	HSO	PAC
BLOQUEIO SIMPÁTICO POR VIA VENOSA	HCO	HSO	
INSTALAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA ANALGESIA EM DOR AGUDA OU CRÔNICA, POR QUALQUER VIA	AMB	HCO	HSO
PASSAGEM DE CATÉTER PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM BLOQUEIO DE PROVA	AMB	HCO	HSO

Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais

Procedimentos

Segmentação

PAC

D. Ut

Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos

Legenda: od - Odontológico | amb - Ambulatorial | hco - Hospitalar com Obstetria | hso - Hospitalar sem Obstetria | PAC - Procedimentos de Alta Complexidade | dut - Diretriz de utilização

Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais

Procedimentos

Segmentação

PAC

D. Ut

ECG - TE

ECG CONVENCIONAL AMB HCO HSO

ECG DE ALTA RESOLUÇÃO AMB HCO HSO

ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORÇADA, CONSUMO DE O₂, PRODUÇÃO DE CO₂ E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA) AMB HCO HSO

ESTUDO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA AMB HCO HSO

TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO AMB HCO HSO

TESTE ERGOMÉTRICO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO) COM OU SEM ELETROCARDIOGRAMA AMB HCO HSO

TESTE ERGOMÉTRICO COM REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL AMB HCO HSO

Tube digestivo

MANOMETRIA ANORRETAL AMB HCO HSO

MANOMETRIA ESOFÁGICA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO AMB HCO HSO

MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA AMB HCO HSO

PH-METRIA ESOFÁGICA AMB HCO HSO

PLETISMOGRAFIA PENIANA NOTURNA AMB HCO HSO

Sistema nervoso

AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR AMB HCO HSO

AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR CONDICIONADA AMB HCO HSO DUT

AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO/INTELGIBILIDADE (LOGO-AUDIOMETRIA) HCO HSO

AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA / AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) AMB HCO HSO PAC

EEG INTRA-OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA NÃO NEUROLÓGICA (EEG/IO) AMB HCO HSO

ELETOENCEFALOGRAMA DIGITAL QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL) COM OU SEM ANÁLISE DE COERÊNCIA HCO HSO

ELETOCOCLEOGRAFIA (ECOCHG) HCO HSO

ELETOCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA (ECOG) AMB HCO HSO

ELETOENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDAÇÃO, EEG PROLONGADO AMB HCO HSO

ELETOENCEFALOGRAMA DE ROTINA, VIGÍLIA OU SONO, HIPERVENTILAÇÃO, FOTOESTIMULAÇÃO, ANALÓGICO OU DIGITAL (EEG/R) AMB HCO HSO

ELETOGLOTOGRAFIA AMB HCO HSO

Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO COM OU SEM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO	AMB	HCO	HSO		
ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	AMB	HCO	HSO		
ELETRO-OCULOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
ELETRO-RETINOGRRAFIA	AMB	HCO	HSO		
EMG PARA MONITORAÇÃO DE QUIMODENERVAÇÃO	AMB	HCO	HSO		
EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA ÚNICA	AMB	HCO	HSO		
ESPECTROGRAFIA VOCAL	AMB	HCO	HSO		
GUSTOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
IMPEDANCIOMETRIA (MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA)	AMB	HCO	HSO		
MÉTODO DE PROETZ	AMB	HCO	HSO		
OSCILOMETRIA		HCO	HSO		
EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (TRANSIENTES OU PRODUTO DE DISTRÇÃO) - TESTE DA ORELHINHA	AMB	HCO	HSO		
PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR	AMB	HCO	HSO		
PESQUISA DE POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA)	AMB	HCO	HSO		
PESQUISA DO FENÔMENO DE TULLIO		HCO	HSO		
POLIGRAFIA DE RECÉM-NASCIDO (PG/RN)		HCO	HSO		
POLISSONOGRRAFIA COM EEG DE NOITE INTEIRA COM OU SEM TESTE DE CPAP NASAL (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTÁVEL - PEAE (STEADY STATE)		HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MÉDIA LATÊNCIA (PEA-ML)	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO GÊNITO-CORTICAL (PEGC)	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO P300		HCO	HSO		
POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (PESS)	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO PARA LOCALIZAÇÃO FUNCIONAL DA ÁREA CENTRAL	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (PEV)	AMB	HCO	HSO		
PROVAS DE FUNÇÃO TUBÁRIA	AMB	HCO	HSO		
RINOMANOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DE SONO (TLMS)	AMB	HCO	HSO		
VÍDEO-ELETROENCEFALOGRAFIA CONTÍNUA NÃO INVASIVA (VÍDEO EEG/NT)	AMB	HCO	HSO		

Exames ósteo - músculo - articulares

AVALIAÇÃO MUSCULAR POR DINAMOMETRIA COMPUTADORIZADA (ISOCINÉTICA)	AMB	HCO	HSO		
CURVA I/T - MEDIDA DE LATÊNCIA DE NERVO PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO		
SISTEMA TRIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DO MOVIMENTO QUE INCLUI VÍDEO ACOPLADO À PLATAFORMA DA FORÇA E ELETROMIOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		

Função respiratória

DETERMINAÇÃO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS	AMB	HCO	HSO		
DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA OU POR DILUIÇÃO DE GASES	AMB	HCO	HSO		
MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO	AMB	HCO	HSO		
MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO	AMB	HCO	HSO		
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)	AMB	HCO	HSO		

Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR OSCILOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		

Endoscópicos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Endoscopia diagnóstica ou intervencionista					
AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (FEES)	AMB	HCO	HSO		
AMNIOSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA ENDOSCÓPICA		HCO	HSO		
BIÓPSIAS POR LAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCÓPICO		HCO	HSO	PAC	
BRONCOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA, ASPIRADO, ESCOVADO, LAVADO BRONCOALVEOLAR, PUNÇÃO, CATETER PROTEGIDO E CURETA	AMB	HCO	HSO		
CECOSTOMIA		HCO	HSO		
CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCÓPICA		HCO	HSO		
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU BRÔNQUICA		HCO	HSO		
COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA COM OU SEM DILATAÇÃO SEGMENTAR OU ESTENOSTOMIA	AMB	HCO	HSO		
DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA COM LASER OU ELETRICAUTÉRIO		HCO	HSO		
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA POR BRONCOASPIRAÇÃO		HCO	HSO		
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRÔNQUICA		HCO	HSO		
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	AMB	HCO	HSO		
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
DILATAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL		HCO	HSO		
DIVERTICULOTOMIA		HCO	HSO		
DRENAGEM CAVITÁRIA POR LAPAROSCOPIA		HCO	HSO		
ECOENDOSCOPIA (ULTRASSOM ENDOSCÓPICO) COM OU SEM PUNÇÃO POR AGULHA	AMB	HCO	HSO		
ENDOSCOPIA COM PAPILOTOMIA	AMB	HCO	HSO		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	AMB	HCO	HSO		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	AMB	HCO	HSO		
ENTEROSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	AMB	HCO	HSO		
ESTENOSTOMIA ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO		
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA		HCO	HSO		
HEMOSTASIA MECÂNICA E/OU TÉRMICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO		HCO	HSO		
HEMOSTASIA TÉRMICA POR ENDOSCOPIA		HCO	HSO		

Endoscópicos

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
HEMOSTASIAS DE CÓLON	HCO	HSO	
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM OU SEM BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO
INTRODUÇÃO DE PRÓTESE NO ESÔFAGO	AMB	HCO	HSO
JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
LAPAROSCOPIA	HCO	HSO	
LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXÍVEL)	HCO	HSO	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATAÇÃO DE ESTENOSE	AMB	HCO	HSO
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXÉRESE DE PAPILOMA/TUMOR	AMB	HCO	HSO
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM OU SEM MICROSCOPIA PARA RETIRADA DE PÓLIPO/NÓDULO/PAPILOMA	HCO	HSO	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E BIÓPSIA (TUBO RÍGIDO OU FLEXÍVEL)	AMB	HCO	HSO
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBAÇÃO ORO OU NASOTRAQUEAL	AMB	HCO	HSO
LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	AMB	HCO	HSO
MUCOSECTOMIA	HCO	HSO	
NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO
PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PROTESE OU DRENO	HCO	HSO	
PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA (PARA RETIRADA DE CÁLCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)	HCO	HSO	
PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL	AMB	HCO	HSO
POLIPECTOMIA DE CÓLON	AMB	HCO	HSO
POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	AMB	HCO	HSO
RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA OU POLIPO POR BRONCOSCOPIA	AMB	HCO	HSO
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO QUALQUER LOCALIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	AMB	HCO	HSO
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM POLIPECTOMIA E/OU MUCOSECTOMIA	AMB	HCO	HSO
TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO	AMB	HCO	HSO
TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI (TESTE DE HEALD)	AMB	HCO	HSO
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMOPTISE	HCO	HSO	
URETEROSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDO	HCO	HSO	
URETROTOMIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	
VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VELO-PALATINO COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	AMB	HCO	HSO
VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	AMB	HCO	HSO
VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	AMB	HCO	HSO
VÍDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	AMB	HCO	HSO

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Bioquímica (sangue, urina e outros materiais)			
3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	AMB	HCO	HSO
5-NUCLEOTIDASE	AMB	HCO	HSO
ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS	AMB	HCO	HSO
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	AMB	HCO	HSO
ÁCIDO CÍTRICO (CITRATO)	AMB	HCO	HSO

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
ÁCIDO FÓLICO (FOLATO)	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO LÁCTICO (LACTATO)	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO ORÓTICO (OROTATO)	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO OXÁLICO (OXALATO)	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO PIRÚVICO (PIRUVATO)	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO SIÁLICO	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO ÚRICO	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDO VALPRÓICO	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDOS GRAXOS LIVRES	AMB	HCO	HSO		
ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	AMB	HCO	HSO		
ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
ALBUMINA	AMB	HCO	HSO		
ALDOLASE	AMB	HCO	HSO		
ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	AMB	HCO	HSO		
ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	AMB	HCO	HSO		
ALFA-2-MACROGLOBULINA	AMB	HCO	HSO		
ALFA-FETOPROTEÍNA	AMB	HCO	HSO		
ALUMÍNIO	AMB	HCO	HSO		
AMILASE	AMB	HCO	HSO		
AMILASE TOTAL E PANCREÁTICA	AMB	HCO	HSO		
AMINOÁCIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	AMB	HCO	HSO		
AMÔNIA	AMB	HCO	HSO		
AMP - CÍCLICO NEFROGÊNICO (SANGUE E URINA)	AMB	HCO	HSO		
APOLIPOPROTEÍNA A (APO A)	AMB	HCO	HSO		
APOLIPOPROTEÍNA B (APO B)	AMB	HCO	HSO		
BETA-GLICURONIDASE	AMB	HCO	HSO		
BICARBONATO	AMB	HCO	HSO		
BILIRRUBINAS	AMB	HCO	HSO		
CÁLCIO	AMB	HCO	HSO		
CÁLCIO IÔNICO	AMB	HCO	HSO		
CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO	AMB	HCO	HSO		
CAROTENO	AMB	HCO	HSO		
CATECOLAMINAS	AMB	HCO	HSO		
CERULOPLASMINA	AMB	HCO	HSO		
CLEARANCE DE ÁCIDO ÚRICO	AMB	HCO	HSO		
CLEARANCE DE CREATININA	AMB	HCO	HSO		
CLEARANCE DE FOSFATO	AMB	HCO	HSO		
CLEARANCE DE URÉIA	AMB	HCO	HSO		
CLORO	AMB	HCO	HSO		
COBRE	AMB	HCO	HSO		
COLESTEROL (HDL)	AMB	HCO	HSO		
COLESTEROL (LDL)	AMB	HCO	HSO		
COLESTEROL (VLDL)	AMB	HCO	HSO		
COLESTEROL TOTAL	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CREATINA	AMB	HCO	HSO		
CREATININA	AMB	HCO	HSO		
CREATINO FOSFOQUINASE	AMB	HCO	HSO		
CREATINO FOSFOQUINASE - CK MASSA	AMB	HCO	HSO		
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB	AMB	HCO	HSO		
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	AMB	HCO	HSO		
DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	AMB	HCO	HSO		
DESIDROGENASE GLUTÂMICA	AMB	HCO	HSO		
DESIDROGENASE LÁCTICA	AMB	HCO	HSO		
DESIDROGENASE LÁCTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE ANTIMICROBIANOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE ANTICONVULSIVANTES	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE BARBITÚRICOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE DIGITÁLICOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE IMUNOSSUPRESSORES	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE ANTIARRITMICOS	AMB	HCO	HSO		
DOSAGEM DE TEOFILINA	AMB	HCO	HSO		
ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO		
ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
ENOLASE NEURÔNIO-ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO		
ETOSUXIMIDA	AMB	HCO	HSO		
FENILANINA, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
FERRITINA	AMB	HCO	HSO		
FERRO SÉRICO	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ALCALINA	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA	AMB	HCO	HSO		
FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTÁVEL	AMB	HCO	HSO		
FÓSFORO	AMB	HCO	HSO		
FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR	AMB	HCO	HSO		
FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS)	AMB	HCO	HSO		
FRUTOSE	AMB	HCO	HSO		
GALACTOSE	AMB	HCO	HSO		
GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	AMB	HCO	HSO		
GASOMETRIA (PH, PCO2, TCO2, PO2, SAT O2, HCO3, EXCESSO DE BASE)	AMB	HCO	HSO		
GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM GLICOSE	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
GLICOSE	AMB	HCO	HSO		
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	AMB	HCO	HSO		
GLOBULINA	AMB	HCO	HSO		
HAPTOGLOBINA	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE	AMB	HCO	HSO		
HEXOSAMINIDASE A, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
HIDROXIPROLINA	AMB	HCO	HSO		
HOMOCISTEÍNA	AMB	HCO	HSO		
IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	AMB	HCO	HSO		
LIPASE	AMB	HCO	HSO		
LIPÍDIOS TOTAIS	AMB	HCO	HSO		
LÍTIO	AMB	HCO	HSO		
MAGNÉSIO	AMB	HCO	HSO		
MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	AMB	HCO	HSO		
MICOBACTÉRIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA	AMB	HCO	HSO		
MIOGLOBINA	AMB	HCO	HSO		
MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
OCITOCINASE	AMB	HCO	HSO		
OSMOLALIDADE	AMB	HCO	HSO		
PAPP-A	AMB	HCO	HSO		
PARACETAMOL (ACETAMINOFENO)	AMB	HCO	HSO		
PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	AMB	HCO	HSO		
PIRUVATO QUINASE	AMB	HCO	HSO		
PORFIRINAS, FRACIONAMENTO	AMB	HCO	HSO		
POTÁSSIO	AMB	HCO	HSO		
PRÉ-ALBUMINA	AMB	HCO	HSO		
PROTEÍNAS TOTAIS	AMB	HCO	HSO		
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA BACTÉRIAS (POR ANTÍGENOS)	AMB	HCO	HSO		
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA FUNGOS (POR ANTÍGENOS)	AMB	HCO	HSO		
SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	AMB	HCO	HSO		
SÓDIO	AMB	HCO	HSO		
SUCCINIL ACETONA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
SULFATOS ORGÂNICOS OU INORGÂNICOS	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS	AMB	HCO	HSO		
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE	AMB	HCO	HSO		
TIROSINA	AMB	HCO	HSO		
TRANSAMINASE OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE)	AMB	HCO	HSO		
TRANSAMINASE PIRÚVICA (ALANINA AMINOTRANSFERASE)	AMB	HCO	HSO		
TRANSFERRINA	AMB	HCO	HSO		
TRIGLICERÍDEOS	AMB	HCO	HSO		
TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	AMB	HCO	HSO		
TROPONINA	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
URÉIA	AMB HCO HSO		
UROBILINOGÊNIO	AMB HCO HSO		
VITAMINA A	AMB HCO HSO		
VITAMINA B12	AMB HCO HSO		
VITAMINA D3 COLECALCIFEROL (25-OH-D3)	AMB HCO HSO		
XILOSE, TESTE DE ABSORÇÃO	AMB HCO HSO		

Coprologia

ALFA-1-ANTITRIPSINA	AMB HCO HSO		
COPROLÓGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMÔNIA, ÁCIDOS ORGÂNICOS E INTERPRETAÇÃO)	AMB HCO HSO		
ESTEATÓCRITO	AMB HCO HSO		
ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL	AMB HCO HSO		
EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES	AMB HCO HSO		
EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES COM MÉTODO DE CONSERVAÇÃO E COLHEITA MÚLTIPLA	AMB HCO HSO		
GORDURA FECAL, DOSAGEM	AMB HCO HSO		
HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS	AMB HCO HSO		
IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS NAS FEZES	AMB HCO HSO		
ISOSPORA, PESQUISA NAS FEZES	AMB HCO HSO		
LARVAS, PESQUISA NAS FEZES	AMB HCO HSO		
LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PESQUISA DAS FEZES	AMB HCO HSO		
LEVEDURAS, PESQUISA NAS FEZES	AMB HCO HSO		
PH FECAL	AMB HCO HSO		
SANGUE OCULTO, PESQUISA	AMB HCO HSO		
SCHISTOSOMA MANSONI, PESQUISA DE OVOS EM FRAGMENTOS DE MUCOSA APÓS BIÓPSIA RETAL	AMB HCO HSO		
SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	AMB HCO HSO		
SWAB ANAL, PESQUISA DE OVOS DE ENTEROBIUS VERMICULARIS	AMB HCO HSO		
TRIPSINA NAS FEZES, PROVA DE DIGESTÃO DA GELATINA	AMB HCO HSO		

Hematologia laboratorial

ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS IRREGULARES	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	AMB HCO HSO		
ANTITROMBINA III	AMB HCO HSO		
ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA)	AMB HCO HSO		
BAÇO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	AMB HCO HSO		
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	AMB HCO HSO		
CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE INESPECÍFICA, FOSFATASE ALCALINA LEUCOCITÁRIA, PAS, MIELOPEROXIDASE, SUDAN BLACK B, PERLS	AMB HCO HSO		
COAGULOGRAMA (INCLUI: TEMPO DE SANGRAMENTO; TEMPO DE COAGULAÇÃO; TEMPO DE PROTROMBINA; TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA; E CONTAGEM DE PLAQUETAS)	AMB HCO HSO		
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	AMB HCO HSO		

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
DÍMERO-D (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
ENZIMAS ERITROCITÁRIAS	AMB	HCO	HSO		
FALCIZAÇÃO, TESTE DE	AMB	HCO	HSO		
FATOR 4 PLAQUETÁRIO	AMB	HCO	HSO		
FATOR DE VON WILLEBRAND, ANTÍGENO	AMB	HCO	HSO		
FATOR II, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR IX, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR V, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR VII, ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR VIII, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR VIII, INIBIDOR	AMB	HCO	HSO		
FATOR X, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR XI, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR XII, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FATOR XIII, ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO		
FIBRINOGENIO	AMB	HCO	HSO		
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	AMB	HCO	HSO		
GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO REVERSA	AMB	HCO	HSO		
GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR Rho (INCLUI Du)	AMB	HCO	HSO		
HEINZ, CORPÚSCULOS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINA, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINA FETAL	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINA, ELETROFORESE	AMB	HCO	HSO		
HEMOGLOBINOPATIA, TRIAGEM NEONATAL	AMB	HCO	HSO		
HEMOGRAMA COMPLETO [INCLUI: CONTAGEM GLOBAL DE LEUCÓCITOS; CONTAGEM GLOBAL DE ERITRÓCITOS; HEMATÓCRITO; HEMOGLOBINA; ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS; CONTAGEM GLOBAL DE PLAQUETAS; CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS (NEUTRÓFILOS, BASTÕES, EOSINÓFILOS, BASÓFILOS, MONÓCITOS, LINFÓCITOS); E EXAME MICROSCÓPICO DE ESFREGAÇO DE SANGUE CORADO]	AMB	HCO	HSO		
HEMOSEDIMENTAÇÃO, (VHS)	AMB	HCO	HSO		
HEMOSSIDERINA	AMB	HCO	HSO		
IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS - CITOMETRIA DE FLUXO	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS E CRÔNICAS, SÍNDROME MIELODISPLÁSICA E TRANSTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMAS NÃO-HODGKIN / SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS	AMB	HCO	HSO	PAC	
INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM OU PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
LINFONODO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	AMB	HCO	HSO		
META-HEMOGLOBINA	AMB	HCO	HSO		
MIELOGRAMA	AMB	HCO	HSO		
PIRUVATO QUINASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO	AMB HCO HSO		
PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM	AMB HCO HSO		
PROTEÍNA C, FUNCIONAL	AMB HCO HSO		
PROTEÍNA S, FUNCIONAL	AMB HCO HSO		
PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM	AMB HCO HSO		
RESISTÊNCIA GLOBULAR	AMB HCO HSO		
RETRAÇÃO DO COÁGULO	AMB HCO HSO		
RISTOCETINA, CO-FATOR	AMB HCO HSO		
SULFO-HEMOGLOBINA	AMB HCO HSO		
TEMPO DE COAGULAÇÃO	AMB HCO HSO		
TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	AMB HCO HSO		
TEMPO DE PROTROMBINA	AMB HCO HSO		
TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	AMB HCO HSO		
TEMPO DE TROMBINA	AMB HCO HSO		
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	AMB HCO HSO		
TESTE DE HAM (HEMÓLISE ÁCIDA)	AMB HCO HSO		
TROMBOELASTOGRAMA	AMB HCO HSO		

Endocrinologia laboratorial

1,25-DIIDROXIVITAMINA D3	AMB HCO HSO		
11-DESOXICORTICOSTERONA	AMB HCO HSO		
17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	AMB HCO HSO		
17-CETOSTERÓIDES TOTAIS (17-CTS)	AMB HCO HSO		
17-CETOSTERÓIDES, FRACIONAMENTO	AMB HCO HSO		
17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES (17-OHS)	AMB HCO HSO		
17-HIDROXIPREGNENOLONA	AMB HCO HSO		
3 ALFA-ANDROSTANEDIOL GLUCURONÍDEO	AMB HCO HSO		
ÁCIDO 5-HIDROXINDOLACÉTICO	AMB HCO HSO		
ÁCIDO HOMO VANÍLICO	AMB HCO HSO		
ÁCIDO VANILMANDÉLICO (VMA)	AMB HCO HSO		
ALDOSTERONA	AMB HCO HSO		
AMP CÍCLICO	AMB HCO HSO		
ANDROSTENEDIONA	AMB HCO HSO		
CALCITONINA	AMB HCO HSO		
COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL)	AMB HCO HSO		
CORTISOL	AMB HCO HSO		
CORTISOL LIVRE	AMB HCO HSO		
CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS)	AMB HCO HSO		
CURVA INSULÍNICA (6 DOSAGENS)	AMB HCO HSO		
DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	AMB HCO HSO		
DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	AMB HCO HSO		
DOSAGEM DE LH OU FSH COM OU SEM TESTE DE ESTÍMULO	AMB HCO HSO		
ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	AMB HCO HSO		
ERITROPOIETINA	AMB HCO HSO		

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
ESTRADIOL	AMB	HCO	HSO		
ESTRIOL	AMB	HCO	HSO		
ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOLESTERÓIDES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
ESTRONA	AMB	HCO	HSO		
GASTRINA	AMB	HCO	HSO		
GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG)	AMB	HCO	HSO		
GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	AMB	HCO	HSO		
GLUCAGON	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (VASOPRESSINA)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (HGH)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO GONADOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	AMB	HCO	HSO		
HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	AMB	HCO	HSO		
IGFBP3, PROTEÍNA DE LIGAÇÃO AO FATOR DE CRESCIMENTO SEMELHANTE À INSULINA - 3	AMB	HCO	HSO		
ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	AMB	HCO	HSO		
INSULINA	AMB	HCO	HSO		
MACROPROLACTINA	AMB	HCO	HSO		
N-TELOPEPTÍDEO	AMB	HCO	HSO		
OSTEOCALCINA	AMB	HCO	HSO		
PARATORMÔNIO - PTH	AMB	HCO	HSO		
PEPTÍDEO C	AMB	HCO	HSO		
PREGNANDIOL	AMB	HCO	HSO		
PROGESTERONA	AMB	HCO	HSO		
PROLACTINA	AMB	HCO	HSO		
RENINA	AMB	HCO	HSO		
SOMATOMEDINA C (IGF1)	AMB	HCO	HSO		
SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	AMB	HCO	HSO		
T3 LIVRE	AMB	HCO	HSO		
T3 RETENÇÃO	AMB	HCO	HSO		
T3 REVERSO	AMB	HCO	HSO		
T4 LIVRE	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS TRH	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE ESTÍMULO DO TSH APÓS TRH	AMB	HCO	HSO		
TESTE DIAGNÓSTICO DO DIABETES INSÍPIDUS (TESTE DE PRIVAÇÃO HÍDRICA, SEGUIDO DE ADMINISTRAÇÃO DE DESMOPRESSINA (DDAVP) E INFUSÃO DE SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA (3%))	AMB	HCO	HSO		
TESTOSTERONA LIVRE	AMB	HCO	HSO		
TESTOSTERONA TOTAL	AMB	HCO	HSO		
TIREOGLOBULINA	AMB	HCO	HSO		
TIROXINA (T4)	AMB	HCO	HSO		
TRIIODOTIRONINA (T3)	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Imunologia			
ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR ANTI-RECEPTOR	AMB HCO HSO		
ACETILCOLINA, ANTICORPOS LIGADOR ANTI-RECEPTOR	AMB HCO HSO		
ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR ANTI-RECEPTOR	AMB HCO HSO		
ADENOVÍRUS, IGG	AMB HCO HSO		
ADENOVÍRUS, IGM	AMB HCO HSO		
ANÁLISE DE MULTÍMEROS PARA PACIENTES COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND	AMB HCO HSO	PAC	
ANTI-ACTINA	AMB HCO HSO		
ANTICARDIOLIPINA - IGA / IGG / IGM	AMB HCO HSO		
ANTICENTRÔMERO	AMB HCO HSO		
ANTICOAGULANTE LÚPICO	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTIDIFTERIA	AMB HCO HSO		
ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	AMB HCO HSO		
ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTIENDOMÍLIO, IGA	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTIINSULINA	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCO	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTITÉTANO	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTITIREÓIDE (TIREOGLOBULINA)	AMB HCO HSO		
ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE - IGA	AMB HCO HSO		
ANTICORTEX SUPRA-RENAL	AMB HCO HSO		
ANTI-DNA	AMB HCO HSO		
ANTI-ESCLERODERMA (SCL 70)	AMB HCO HSO		
ANTI-STREPTOLISINA O (ASLO)	AMB HCO HSO		
ANTI-GAD	AMB HCO HSO		
ANTÍGENO AUSTRÁLIA (HBsAG)	AMB HCO HSO		
ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA)	AMB HCO HSO		
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	AMB HCO HSO		
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	AMB HCO HSO		
ANTI-GLIADINA (GLÚTEN) - IGA / IGG	AMB HCO HSO		
ANTI-JO1	AMB HCO HSO		
ANTI-LA/SSB	AMB HCO HSO		
ANTI-LKM-1	AMB HCO HSO		
ANTIMEMBRANA BASAL	AMB HCO HSO		
ANTIMICROSSOMAL	AMB HCO HSO		
ANTIMITOCONDRIA	AMB HCO HSO		
ANTIMITOCONDRIA, M2	AMB HCO HSO		
ANTIMÚSCULO CARDÍACO	AMB HCO HSO		
ANTIMÚSCULO ESTRIADO	AMB HCO HSO		
ANTIMÚSCULO LISO	AMB HCO HSO		
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C	AMB HCO HSO		
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P	AMB HCO HSO		
ANTIPARIETAL	AMB HCO HSO		
ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA (ANTI-TPO)	AMB HCO HSO		

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
ANTI-RNP	AMB	HCO	HSO		
ANTI-RO/SSA	AMB	HCO	HSO		
ANTI-Sm	AMB	HCO	HSO		
ASPERGILLUS, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO		
AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
BETA-2-MICROGLOBULINA	AMB	HCO	HSO		
BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	AMB	HCO	HSO		
BORRELIOSE DE LYME - IGG	AMB	HCO	HSO		
BORRELIOSE DE LYME - IGM	AMB	HCO	HSO		
BRUCELA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
C1Q	AMB	HCO	HSO		
CA 125	AMB	HCO	HSO		
CA 15-3	AMB	HCO	HSO		
CA 19-9	AMB	HCO	HSO		
CA 72-4	AMB	HCO	HSO		
CANDIDA ALBICANS, ANTICORPOS IGG E/ OU IGM E/ OU TOTAIS	AMB	HCO	HSO		
CAXUMBA, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO		
CHAGAS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
CHLAMYDIA PNEUMONIAE, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
CHLAMYDIA PSITTACI, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
CHLAMYDIA TRACHOMATIS, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
CISTICERCOSE, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO		
CITOMEGALOVÍRUS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINAS A E B	AMB	HCO	HSO		
COMPLEMENTO C2	AMB	HCO	HSO		
COMPLEMENTO C3	AMB	HCO	HSO		
COMPLEMENTO C4	AMB	HCO	HSO		
COMPLEMENTO CH-100	AMB	HCO	HSO		
COMPLEMENTO CH-50	AMB	HCO	HSO		
COXSACKIE B, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO		
CRIOAGLUTININAS, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETOFORESE	AMB	HCO	HSO		
CRIOGLOBULINAS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS "IN VITRO" POR CONCANAVALINA, PHA OU POKEWEEED	AMB	HCO	HSO		
DENGUE, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO		
ECHOVÍRUS, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO		
ENTAMOEBIA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGG (AMEBÍASE)	AMB	HCO	HSO		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EA (ANTÍGENO PRECOCE), IGG	AMB	HCO	HSO		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EBNA (ANTÍGENO NUCLEAR), IGG	AMB	HCO	HSO		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-VCA (ANTÍGENO DO CAPSÍDEO VIRAL), IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO		
EQUINOCOCOSE, ANTICORPOS TOTAIS E/ OU IGG	AMB	HCO	HSO		
FATOR ANTINÚCLEO, (FAN)	AMB	HCO	HSO		
FATOR B (C3 ATIVADOR, C3A; C3 PROATIVADOR, C3PA)	AMB	HCO	HSO		
FATOR REUMATÓIDE	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX	AMB HCO HSO		
FILARIA SOROLOGIA	AMB HCO HSO		
GIARDIA, SOROLOGIA	AMB HCO HSO		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE ANTICORPO	AMB HCO HSO		
HELICOBACTER PYLORI - IGA / IGG	AMB HCO HSO		
HEPATITE A - ANTI-HAV, IGG / IGM	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - ANTI-HBC, IGG (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGG) E/OU IGM (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGM)	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - ANTI-HBE (ANTI-ANTÍGENO "E")	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - ANTI-HBS (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E")	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - HBSAG (ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	AMB HCO HSO		
HEPATITE C - ANTI-HCV	AMB HCO HSO		
HEPATITE D - ANTÍGENO PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB HCO HSO		
HEPATITE D - ANTI-HDV, IGG / IGM	AMB HCO HSO		
HEPATITE E - IGG/IGM	AMB HCO HSO		
HERPES SIMPLES - IGG E/OU IGM (VARICELA)	AMB HCO HSO		
HERPES ZOSTER - IGG / IGM (VARICELA)	AMB HCO HSO		
HISTONA, ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
HISTOPLASMOSE, ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
HIV - ANTÍGENO P24	AMB HCO HSO		
HIV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
HTLV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
IGA TOTAL	AMB HCO HSO		
IGD	AMB HCO HSO		
IGE TOTAL	AMB HCO HSO		
IGE POR ALÉRGENO	AMB HCO HSO		
IGE POR GRUPO ESPECÍFICO	AMB HCO HSO		
IGG TOTAL	AMB HCO HSO		
IGG SUBCLASSES (1, 2, 3, 4)	AMB HCO HSO		
IGM TOTAL	AMB HCO HSO		
IMUNOELETROFORESE, PROTEÍNAS SÉRICAS	AMB HCO HSO		
IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA OU INDIRETA (ANTIFÍGADO)	AMB HCO HSO		
INIBIDOR DE C1 ESTERASE	AMB HCO HSO		
LEGIONELLA - IGG / IGM	AMB HCO HSO		
LEISHMANIOSE - IGG / IGM	AMB HCO HSO		
LEPTOSPIROSE - IGG / IGM	AMB HCO HSO		
LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO	AMB HCO HSO		
LINFÓCITOS T "HELPER" (CD-4+), CONTAGEM	AMB HCO HSO	PAC	
LINFÓCITOS T SUPRESSORES (CD-8+), CONTAGEM	AMB HCO HSO	PAC	
LISTERIOSE, ANTICORPOS	AMB HCO HSO		
MALÁRIA - IGG / IGM	AMB HCO HSO		
MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG E IGM	AMB HCO HSO		

Procedimentos Laboratoriais				PAC	D. Ut
Procedimentos	Segmentação				
MONONUCLEOSE, ANTICORPOS HETERÓFILOS	AMB	HCO	HSO		
NITROBLUE TETRAZOLIUM (NBT), TESTE DO, ESTIMULADO E ESPONTÂNEO	AMB	HCO	HSO		
PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG	AMB	HCO	HSO		
PARVOVÍRUS B19, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO		
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	AMB	HCO	HSO		
PPD (TUBERCULINA), IDeR	AMB	HCO	HSO		
PROTEÍNA C REATIVA	AMB	HCO	HSO		
PROVA CRUZADA (CROSS-MATCH) ENTRE DOADOR E RECEPTOR (REALIZADA COM LINFÓCITOS TOTAIS, LINFÓCITOS T + ANTIGLOBULINA HUMANA E COM LINFÓCITOS B) - PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	AMB	HCO	HSO		
RUBÉOLA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
SARAMPO - ANTICORPOS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
SCHISTOSOMA MANSONI - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
SÍFILIS - FTA-Abs-IgG	AMB	HCO	HSO		
SÍFILIS - FTA-ABS-IGM	AMB	HCO	HSO		
SÍFILIS - TPHA	AMB	HCO	HSO		
SÍFILIS - VDRL (SOROLOGIA PARA LUES)	AMB	HCO	HSO		
TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE ALTA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO		
TOXOCARA CANIS - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO		
TOXOPLASMOSE - IGA	AMB	HCO	HSO		
TOXOPLASMOSE - IGG/IGM	AMB	HCO	HSO		
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO		
WAALER-ROSE (FATOR REUMATÓIDE)	AMB	HCO	HSO		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HCV)	AMB	HCO	HSO		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	AMB	HCO	HSO		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTLV)	AMB	HCO	HSO		
Líquidos (cefalorraqueano (líquor), seminal, amniótico, sinovial e outros)					
ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	AMB	HCO	HSO		
AMINOÁCIDOS NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANTICORPO ANTIESPERMATOZÓIDE	AMB	HCO	HSO		
BIOQUÍMICA LCR (PROTEÍNAS + GLICOSE + CLORO; E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: LACTATO E LDH -LACTATO DESIDROGENASE)	AMB	HCO	HSO		
CÉLULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO		
CÉLULAS, PESQUISA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS (CITOLOGIA ONCÓTICA)	AMB	HCO	HSO		
CLEMENTS, TESTE	AMB	HCO	HSO		
CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
CRYPTOCOCCUS, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	AMB HCO	HSO	
ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS NO LÍQUOR, COM CONCENTRAÇÃO	AMB HCO	HSO	
ESPECTROFOTOMETRIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	AMB HCO	HSO	
ESPERMA, TESTE DE PENETRAÇÃO ESPERMÁTICA, E/OU TESTE DE CAPACITAÇÃO ESPERMÁTICA, E/OU TESTE HIPOSMÓTICO (SWELLING TEST), E/OU TESTE DE COLORAÇÃO VITAL, E/OU MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA), E/OU FRUTOSE, E/OU ALFA-GLUCOSIDASE	AMB HCO	HSO	
ESPERMOGRAMA (CARACTERES FÍSICOS, PH, FLUIDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	AMB HCO	HSO	
FOSFOLIPÍDIOS (RELAÇÃO LECITINA/ESFINGOMIELINA), AVALIAÇÃO DA MATURIDADE PULMONAR FETAL	AMB HCO		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS A, B, C, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	AMB HCO	HSO	
ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG (DOSAGEM DE ALBUMINA E IGG EM SORO E LÍQUOR)	AMB HCO	HSO	
LCR, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA, E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, PESQUISA E CULTURA DE MICOBACTÉRIAS E CRYPTOCOCCUS)	AMB HCO	HSO	
LCR, ROTINA (ASPECTO, COR, CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PROTEÍNA, GLICOSE, CLORO E, A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: TESTES TREPONÊMICOS E NÃO-TREPONÊMICOS DA SÍFILIS, ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO, ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG, LACTATO, LDH E ANTICORPOS PARA NEUROCISTICERCOSE)	AMB HCO	HSO	
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CITOLOGIA; LÍQUIDO AMNIÓTICO, CREATININA.	AMB HCO	HSO	
MATURIDADE PULMONAR FETAL - QUALQUER TÉCNICA	AMB HCO		
PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS NO LÍQUOR POR ISOFOCALIZAÇÃO	AMB HCO	HSO	
PROTEÍNA MIELINA BÁSICA, ANTICORPOS	AMB HCO	HSO	
PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO	AMB HCO	HSO	
RAGÓCITOS, PESQUISA	AMB HCO	HSO	
ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FÍSICOS, CITOLOGIA, PROTEÍNAS, ÁCIDO ÚRICO, FATOR REUMATÓIDE, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA E ANAERÓBICA)	AMB HCO	HSO	
Microbiologia			
ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) PARA MICOBACTÉRIAS	AMB HCO	HSO	
ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS E/OU AERÓBICAS	AMB HCO	HSO	
ANTIFUNGIGRAMA	AMB HCO	HSO	
B.A.A.R. (BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE), PESQUISA	AMB HCO	HSO	
BACILO DE HANSEN, PESQUISA PCR	AMB HCO	HSO	
BACTERIOSCOPIA, PELO MÉTODO DE GRAM OU SIMILAR	AMB HCO	HSO	
BORDETELLA PERTUSSIS, CULTURA	AMB HCO	HSO	
CHLAMYDIA, CULTURA	AMB HCO	HSO	
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA	AMB HCO	HSO	
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA DO ANTÍGENO	AMB HCO	HSO	
CRYPTOSPORIDIUM, PESQUISA	AMB HCO	HSO	
CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	AMB HCO	HSO	
CULTURA BACTERIANA QUANTITATIVA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	AMB HCO	HSO	

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CULTURA DE FEZES, INCLUI PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE: SALMONELLA, SHIGELLA, ESCHERICHIA COLI (ENTEROPATOGÊNICA, ENTEROINVASORA E ENTERO-HEMORRÁGICA) E CAMPYLOBACTER	AMB	HCO	HSO		
CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	AMB	HCO	HSO		
CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	AMB	HCO	HSO		
CULTURA PARA BACTÉRIAS COM SISTEMA AUTOMATIZADO DE IDENTIFICAÇÃO BACTERIANA	AMB	HCO	HSO		
CULTURA PARA FUNGOS	AMB	HCO	HSO		
CULTURA PARA MICROBACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO		
CULTURA PARA VÍRUS: ENTEROVÍRUS, HERPESVÍRUS, VÍRUS INFLUENZA A & B, VÍRUS PARAINFLUENZA TIPOS 1, 2, 3, ADENOVÍRUS, VÍRUS VARICELA-ZOSTER, CITOMEGALOVÍRUS, E VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	AMB	HCO	HSO		
ESTREPTOCOCCO DO GRUPO A, DETECÇÃO RÁPIDA DE ANTÍGENO	AMB	HCO	HSO		
EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	AMB	HCO	HSO		
FILÁRIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
FUNGOS, EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	AMB	HCO	HSO		
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA BACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO		
HEMOCULTURA PARA BACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO		
LEISHMANIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
LEPTOSPIRA, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	AMB	HCO	HSO		
MICOPLASMA E UREAPLASMA, CULTURA	AMB	HCO	HSO		
MICROSPORÍDIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	AMB	HCO	HSO		
PLASMÓDIO, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
ROTAVÍRUS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
SARCOPTES SCABIEI, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS POR MÉTODO DA CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA (MIC)	AMB	HCO	HSO		
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE	AMB	HCO	HSO		
TREPONEMA PALLIDUM, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	AMB	HCO	HSO		
TRYPANOSOMA CRUZII, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
VIBRIO CHOLERAEE, CULTURA	AMB	HCO	HSO		

Urinálise

ÁCIDO HOMOGENEÍZADO	AMB	HCO	HSO		
CÁLCULOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUÍMICA	AMB	HCO	HSO		
CATECOLAMINAS URINÁRIAS, FRACIONAMENTO (DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA)	AMB	HCO	HSO		
CISTINA	AMB	HCO	HSO		
COPROPORFIRINAS URINÁRIAS, ISÔMEROS I E III	AMB	HCO	HSO		
CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
DISMORFISMO ERITROCITÁRIO, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
ELETOFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS	AMB	HCO	HSO		
FENILCETONÚRIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
HISTIDINA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		
LIPÓIDES BIRREFRINGENTES, PESQUISA	AMB	HCO	HSO		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
MELANINA, PESQUISA	AMB HCO	HSO	
METANEFRINAS URINÁRIAS, DOSAGEM	AMB HCO	HSO	
MICROALBUMINÚRIA	AMB HCO	HSO	
MIOGLOBINA, DOSAGEM OU PESQUISA	AMB HCO	HSO	
OSMOLALIDADE, DETERMINAÇÃO	AMB HCO	HSO	
PESQUISA DE SULFATÍDEOS E MATERIAL METACROMÁTICO NA URINA	AMB HCO	HSO	
PORFIBILINOGÊNIO	AMB HCO	HSO	
PORFIBILINOGÊNIO, QUANTITATIVO	AMB HCO	HSO	
PROTEÍNA DE BENCE JONES, QUANTITATIVA (CADEIAS LEVES LIVRES, KAPPA E LAMBDA, URINA)	AMB HCO	HSO	
PROVA DE CONCENTRAÇÃO URINÁRIA COM RESTRIÇÃO HÍDRICA E ACETATO DE DESMOPRESSINA (DDAVP)	AMB HCO	HSO	
ROTINA DE URINA (EXAME MACROSCÓPICO E FÍSICO, INCLUINDO PH E DENSIDADE; TESTES QUÍMICOS PARA GLICOSE, PROTEÍNA, CORPOS CETÔNICOS, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA E UROBILINOGÊNIO; EXAME MICROSCÓPICO DO SEDIMENTO)	AMB HCO	HSO	
UROPORFIRINAS, DOSAGEM	AMB HCO	HSO	

Diversos

EXAME DA BILE E DO SUÇO DUODENAL (CARACTERES FÍSICOS E EXAME MICROSCÓPICO E PARASITOLÓGICO)	AMB HCO	HSO	
GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL PARA 60 MINUTOS E 4 AMOSTRAS APÓS O ESTÍMULO	AMB HCO	HSO	
PESQUISA DE EOSINÓFILOS EM MUCO NASAL	AMB HCO	HSO	
TESTE DE FUNÇÃO PANCREÁTICA APÓS ESTIMULAÇÃO PELA SECRETINA	AMB HCO	HSO	
TESTE DO SUOR, COM DOSAGEM DE CLORETO	AMB HCO	HSO	

Toxicologia / monitorização terapêutica

2,5-HEXANODIONA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO HEXANO.	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO FENILGLIOXÍLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TOLUENO	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO METILMALÔNICO, PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO MANDÉLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO E AO ETILBENZENO	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO METIL-HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO XILENO	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO SALICÍLICO (SALICILATOS)	AMB HCO	HSO	
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TETRACLOROETILENO	AMB HCO	HSO	
ARSÊNIO, CÁDMIO, COBALTO, CROMO, MANGANÊS, MERCÚRIO, NÍQUEL	AMB HCO	HSO	
CARBOXIHEMOGLOBINA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO OU DICLOROMETANO.	AMB HCO	HSO	
CHUMBO	AMB HCO	HSO	
COLINESTERASE, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AOS INSETICIDAS ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS	AMB HCO	HSO	
ETANOL	AMB HCO	HSO	
FENOL	AMB HCO	HSO	
FLÚOR E FLUORETOS	AMB HCO	HSO	
FORMALDEÍDO	AMB HCO	HSO	
METANOL	AMB HCO	HSO	

Medicina transfusional

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
METIL-ETIL-CETONA	AMB	HCO	HSO		
P-AMINOFENOL, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO À ANILINA	AMB	HCO	HSO		
TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TRICLOROETANO E TRICLOROETILENO	AMB	HCO	HSO		
ZINCO	AMB	HCO	HSO		
ZINCOPROTOPORFIRINA	AMB	HCO	HSO		

Biologia molecular

CHLAMYDIA TRACHOMATIS, DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO OU PCR; CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO.	AMB	HCO	HSO	PAC	
CITOMEGALOVÍRUS - QUALITATIVO, POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
HEPATITE C - GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR OU BDNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR OU BDNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
HIV - CARGA VIRAL POR PCR, NASBA OU BDNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
HIV - QUALITATIVO POR PCR	AMB	HCO	HSO	PAC	
HIV, GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
HPV - TIPAGEM POR PCR	AMB	HCO	HSO	PAC	
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) - DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	
HTLV-I, POR PCR	AMB	HCO	HSO	PAC	
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECÇÃO POR PCR	AMB	HCO	HSO	PAC	

Medicina transfusional

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Transfusão					
TRANSFUSÃO AMBULATORIAL	AMB	HCO	HSO		
TRANSFUSÃO HOSPITALAR	AMB	HCO	HSO		

Processamento

PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA - INCLUI CITAFÉRESE/HEMAFÉRESE TERAPÊUTICA	AMB	HCO	HSO		
SANGRIA TERAPÊUTICA	AMB	HCO	HSO		
SANGUE TOTAL RECONSTITUÍDO PARA EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, PLAQUETAS OU GRANULÓCITOS) IRRADIADA	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE GRANULÓCITOS	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCODEPLETADA	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCORREDUZIDA	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (DUPLA CENTRIFUGAÇÃO)	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADA	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUZIDA	AMB	HCO	HSO		
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	AMB	HCO	HSO		

Medicina transfusional

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	AMB HCO HSO		
UNIDADE DE PLASMA FRESCO CONGELADO	AMB HCO HSO		

Exames de qualificação no sangue do doador ou prova pré-transfusional no sangue do receptor

AFÉRESE TERAPÊUTICA	AMB HCO HSO		
ANTI-HIV I E II POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
CONTAGEM DE CÉLULAS CD34 / CD45 POSITIVAS	AMB HCO HSO	PAC	
DETECÇÃO DE HEMOGLOBINAS ANORMAIS (INVESTIGAÇÃO DE HEMOGLOBINA S E DE OUTRAS HEMOGLOBINAS ANORMAIS NO DOADOR DE SANGUE)	AMB HCO HSO		
DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR;	AMB HCO HSO		
DOAÇÃO AUTÓLOGA COM RECUPERAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA	AMB HCO HSO		
DOAÇÃO AUTÓLOGA PERI-OPERATÓRIA POR HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA	AMB HCO HSO		
DOAÇÃO AUTÓLOGA PRÉ-OPERATÓRIA	AMB HCO HSO		
DOAÇÃO DE COMPONENTES POR AFÉRESE	AMB HCO HSO		
DOENÇA DE CHAGAS - TESTE IMUNOENZIMÁTICO DE ALTA SENSIBILIDADE E IMUNÓFLUORESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS: TIPIFICAÇÃO ABO E RH, PESQUISA DE D FRACO RH(D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA)	AMB HCO HSO		
FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS	AMB HCO HSO		
FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - ANTI-HBC, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
HEPATITE B - HBSAG, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
HEPATITE C - ANTI-HCV, TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
HTLV I E II - TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB HCO HSO		
IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCIAS, INCLUI TRATAMENTO ENZIMÁTICO (ELUIÇÃO E GEL)	AMB HCO HSO		
IMUNO-HEMATOLÓGICOS: TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA E DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO E PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS	AMB HCO HSO		
INVESTIGAÇÃO DA PRESENÇA DE ANTI-A OU ANTI-B, EM SORO OU PLASMA DE NEONATO, COM MÉTODOS QUE INCLUAM UMA FASE ANTIGLOBULÍNICA	AMB HCO HSO		
MALÁRIA, PESQUISA	AMB HCO HSO		
PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES NO SANGUE DO RECEPTOR	AMB HCO HSO		
PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTIERITROCITÁRIOS NATURAIS E IRREGULARES (ELUIÇÃO, A FRIO E GEL)	AMB HCO HSO		
PLAQUETAS - PROVA CRUZADA	AMB HCO HSO		
PROVA DE COMPATIBILIDADE ENTRE AS HEMÁCIAS DO DOADOR E O SORO DO RECEPTOR (PROVA DE COMPATIBILIDADE MAIOR)	AMB HCO HSO		
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS: RETIPIFICAÇÃO ABO E RH DA BOLSA DE SANGUE	AMB HCO HSO		
SÍFILIS - TESTE TREPONÊMICO OU NÃO-TREPONÊMICO	AMB HCO HSO		
TESTE DE COOMBS DIRETO E INDIRETO - INCLUI PESQUISA DE ANTICORPOS E COMPLEMENTO	AMB HCO HSO		
TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA NO SANGUE DO RECEPTOR (SEM TIPAGEM REVERSA ATÉ 4 MESES DE IDADE);	AMB HCO HSO		

Medicina transfusional

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos					
CITOMEGALOVÍRUS APÓS TRANSPLANTE RIM OU DE MEDULA ÓSSEA POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	AMB	HCO	HSO	PAC	
VÍRUS EPSTEIN BARR APÓS TRANSPLANTE RIM POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	AMB	HCO	HSO	PAC	
EXSANGUÍNEO TRANSFUSÃO	AMB	HCO	HSO		
TRANSFUSÃO FETAL INTRA-UTERINA		HCO			

Genética

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Citogenética					
CARIÓTIPO COM BANDAS, BIÓPSIA DE PELE OU OUTROS TECIDOS	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM BANDAS, MATERIAL DE ABORTO OU NATIMORTO	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM BANDAS, PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS, SANGUE PERIFÉRICO, TECIDOS LINFÓIDES E MEDULA ÓSSEA	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE FETAL	AMB	HCO			
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM BANDAS, VILOSIDADES CORIÔNICAS	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMÁTIDES IRMÃS	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO COM TÉCNICAS DE ALTA RESOLUÇÃO (ESTUDO EM PROMETÁFASE)	AMB	HCO	HSO		
CARIÓTIPO PARA SÍNDROMES DE QUEBRAS CROMOSSÔMICAS, SANGUE PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO		
DETECÇÃO DE ANORMALIDADES DOS CROMOSSOMOS X OU Y (SANGUE PERIFÉRICO OU ESFREGAÇO DE MUCOSA BUCAL), POR FISH	AMB	HCO	HSO		
ESTUDO CITOGENÉTICO PARA DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS, DIVERSOS MATERIAIS	AMB	HCO	HSO		
ESTUDO DE ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)	AMB	HCO	HSO	PAC	
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CARIÓTIPO COM BANDAS	AMB	HCO			
PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT

Genética bioquímica

AMINOÁCIDOS URINÁRIOS OU PLASMÁTICOS, ANÁLISE QUANTITATIVA	AMB	HCO	HSO	PAC	
AVALIAÇÃO DE RISCO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS	AMB	HCO		PAC	
AVALIAÇÃO DE RISCO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS E DEFEITOS DE FECHAMENTO DE TUBO NEURAL	AMB	HCO		PAC	
CARBOIDRATOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUALITATIVA	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA 1,4-ALFA-GLICOSIDASE EM FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-D-MANOSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS, SORO E FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-FUCOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-IDURONIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-N-ACETILGLICOSAMINIDASE EM SORO OU FIBROBLASTOS	AMB	HCO	HSO	PAC	

Genética

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE A EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE B EM FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICURONIDASE EM FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ESFINGOMIELINASE EM FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA GALACTOCEREBROSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA HEXOSAMINIDASE A E TOTAL EM SORO, LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA IDURONATO 2-SULFATASE EM FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA N-ACETILGALACTOSAMINA-6-SULFATASE EM FIBROBLASTOS	AMB HCO HSO	PAC	
DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM)	AMB HCO HSO	PAC	
GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS, DOSAGEM QUANTITATIVA OU ANÁLISE QUALITATIVA	AMB HCO HSO	PAC	
PORFIRINAS URINÁRIAS OU PLASMÁTICAS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	AMB HCO HSO	PAC	
TESTES DE ERROS INATOS DO METABOLISMO, QUALITATIVOS, NA URINA	AMB HCO HSO	PAC	

Genética molecular

ANÁLISE MOLECULAR DE DNA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
BCR/ABL, PESQUISA DE TRANSLOCAÇÃO	AMB HCO HSO	PAC	
BRAF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
CROMOSSOMO PHILADELFA, PESQUISA	AMB HCO HSO	PAC	
EGFR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
K-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
TRANSLOCAÇÃO PML/RAR-a	AMB HCO HSO	PAC	

Anatomia patológica e citopatologia

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
Procedimentos			
ANÁLISE DE DNA (CONTEÚDO E PLOIDIA) POR CITOMETRIA DE FLUXO	AMB HCO HSO	PAC	
COLORAÇÕES ESPECIAIS, QUANDO NECESSÁRIAS AOS PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	AMB HCO HSO	PAC	
DETECÇÃO DE RECEPTORES DE SECREÇÃO HORMONAL E/OU DETECÇÃO DE MARCADORES DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS E/OU DETECÇÃO DE FATORES DE PROLIFERAÇÃO CELULAR, DE ANGIOGÊNESE TUMORAL, ONCOGENES E PROTEÍNAS ASSOCIADAS E/OU ENSAIO DE RECEPTOR DE ESTROGÊNIO E PROGESTERONA EM BLOCO DE PARAFINA	AMB HCO HSO	PAC	

Anatomia patológica e citopatologia

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO), DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNO-HISTOQUÍMICAS	AMB	HCO	HSO	PAC	
PROCEDIMENTO COLPITOLÓGICO HORMONAL SIMPLES OU SERIADO	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL PROVENIENTE DE BIÓPSIAS SIMPLES, PAAF, "IMPRINT" E "CELL-BLOCK"	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES OU COMPLEXA	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO (EM PEÇA CIRÚRGICA, MATERIAL DE PUNÇÃO/BÍOPSIA E CITOLOGIA ESFOLIATIVA DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL)	OD	AMB	HCO	HSO	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO POR CONGELAÇÃO DURANTE ATO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS CIRÚRGICAS, DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLUORESCÊNCIA, DIRETA E INDIRETA	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS	AMB	HCO	HSO		
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" OU HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" POR FLUORESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	AMB	HCO	HSO		
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MASSAS, ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM	AMB	HCO	HSO		
RECEPTOR DE ESTROGÊNIO, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
RECEPTOR DE PROGESTERONA, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	AMB	HCO	HSO		

Medicina nuclear

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Cardiovascular - <i>in vivo</i>					
ANGIOGRAFIA CAROTÍDIA (VIA FEMURAL)	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO (INFARTO AGUDO)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM FLUORDEOXYGLICOSE (FDG-FLÚOR-18)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - REPOUSO	AMB	HCO	HSO	PAC	
FLUXO SANGÜÍNEO DAS EXTREMIDADES	AMB	HCO	HSO	PAC	
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	AMB	HCO	HSO	PAC	
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
VENOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	AMB	HCO	HSO	PAC	

Medicina nuclear

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Digestivo - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS E SEMI-SÓLIDOS)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	AMB	HCO	HSO	PAC	
Endócrino - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131 OU 123)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TESTE DE ESTÍMULO COM TSH RECOMBINANTE	AMB	HCO	HSO	PAC	
TESTE DE SUPRESSÃO DA TIREÓIDE COM T3	AMB	HCO	HSO	PAC	
TESTE DO PERCLORATO	AMB	HCO	HSO	PAC	
Geniturinário - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO OU INIBIDOR DA ECA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
Hematológico - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
DEMONSTRAÇÃO DO SEQÜESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DA SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DO VOLUME ERITROCITÁRIO	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETERMINAÇÃO DO VOLUME PLASMÁTICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
TESTE DE ABSORÇÃO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING)	AMB	HCO	HSO	PAC	
Músculo - esquelético - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	AMB	HCO	HSO	PAC	
FLUXO SANGUÍNEO ÓSSEO	AMB	HCO	HSO	PAC	
Nervoso - <i>in vivo</i>					
CINTILOGRAFIA CEREBRAL	AMB	HCO	HSO	PAC	

Medicina nuclear

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
CISTERNOCINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
ESTUDO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
MIELOCINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
VENTRÍCULO-CINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	

Oncologia / infectologia - *in vivo*

CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA DE MAMA	AMB	HCO	HSO	PAC	
DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	AMB	HCO	HSO	PAC	
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	AMB	HCO	HSO	PAC	
LINFOCINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
PET-SCAN ONCOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			PAC	DUT
QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	AMB	HCO	HSO	PAC	

Respiratório - *in vivo*

CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	

Terapia - *in vivo*

TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DE DOR ÓSSEA CAUSADA POR METÁSTASE COM SAMÁRIO-136 OU ESTRÔNCIO-90	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS	AMB	HCO	HSO	PAC	

Outros - *in vivo*

IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	AMB	HCO	HSO	PAC	
---------------------------------------------	-----	-----	-----	-----	--

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Radiografias					
AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	AMB	HCO	HSO		
ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO, SELETIVO OU SUPERSELETIVO	AMB	HCO	HSO	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
ANGIOGRAFIA POR PUNÇÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO		HCO	HSO		
AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNÇÃO TRANSLOMBAR		HCO	HSO	PAC	
ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA POR CATETERISMO (AFERIMENTO DE PRESSÃO OU FLUXO ARTERIAL OU VENOSO)	AMB	HCO	HSO		
CAVERNOSOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	AMB	HCO	HSO		
COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA	AMB	HCO	HSO		
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (PELO DRENO)	AMB	HCO	HSO		
COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO		
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA	AMB	HCO	HSO	PAC	
DACRIOCISTOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
DEFECOGRAMA	AMB	HCO	HSO		
DEGLUTOGRAMA OU VIDEODEGLUTOGRAMA	AMB	HCO	HSO		
DENSITOMETRIA ÓSSEA - QUALQUER SEGMENTO	AMB	HCO	HSO		
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	AMB	HCO	HSO		
ESCANOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	PAC	
ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	AMB	HCO	HSO		
FÁRMACO-CAVERNOSOGRAFIA (DINÂMICA)	AMB	HCO	HSO		
FISTULOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
FLEBOGRAFIA POR PUNÇÃO VENOSA	AMB	HCO	HSO	PAC	
FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO	AMB	HCO	HSO	PAC	
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
LINFANGIOADENOGRAMA	AMB	HCO	HSO	PAC	
MAMOGRAFIA CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO		
MAMOGRAFIA DIGITAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
MIELOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
MORFOMETRIA DIGITAL (COLUNA OU FÊMUR)	AMB	HCO	HSO		
PIELOGRAFIA ASCENDENTE	AMB	HCO	HSO		
PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	AMB	HCO	HSO		
PLANIGRAFIA DE OSSO	AMB	HCO	HSO		
PLANIGRAFIA DE TÓRAX, MADIÁSTINO OU LARINGE	AMB	HCO	HSO		
PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU FACE OU MASTÓIDE	AMB	HCO	HSO		
PNEUMOMIELOGRAFIA SEGMENTAR	AMB	HCO	HSO		
PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ADENÓIDES OU CAVUM	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ARCOS ZIGOMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	AMB	HCO	HSO		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	AMB	HCO	HSO		

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RADIOSCOPIA DIAGNÓSTICA	AMB	HCO	HSO		
RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO		
SIALOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE OCLUSÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA RENAL	AMB	HCO	HSO		
TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO APARELHO DIGESTIVO	AMB	HCO	HSO		
URETROCISTOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E PÓS-MICCIONAL	AMB	HCO	HSO		
UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	AMB	HCO	HSO		

Métodos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos por imagem

ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA		HCO	HSO	PAC	
ANGIOPLASTIA EM ENXERTOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS COM OU SEM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM USO DE DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO EMBÓLICA DISTAL		HCO	HSO	PAC	
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA		HCO	HSO	PAC	
ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX		HCO	HSO	PAC	
CATERETERISMO ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA		HCO	HSO		
COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US OU TC		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT EM TRAQUÉIA OU BRÔNQUIO		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT ESOFAGIANO, INTESTINAL OU RETAL		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT RENAL		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT VASCULAR (ARTERIAL OU VENOSO)		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELOVESICAL		HCO	HSO	PAC	
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR		HCO	HSO	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICIAL		HCO	HSO	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE CONDUTO URINÁRIO		HCO	HSO	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREÁTICO		HCO	HSO	PAC	
DISCOGRAFIA		HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO RENAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO ABDOMINAL, RETROPERITONEAL, PÉLVICA ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PULMONAR OU MEDIASTINAL ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE PNEUMOTÓRAX	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR IMAGEM	AMB	HCO	HSO	PAC	
EMBOLIIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO		HCO	HSO	PAC	
EMBOLIIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE		HCO	HSO	PAC	
EMBOLIIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL		HCO	HSO	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	PAC DUT
EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLÓGICO	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR - QUALQUER LOCALIZAÇÃO (EXCETO PARA ARTÉRIA UTERINA)	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUAÇÃO	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUAÇÃO	HCO	HSO	PAC
EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DE FÍSTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATÚRIA	HCO	HSO	PAC
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE CISTO PANCREÁTICO	HCO	HSO	PAC
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES VENOSAS	HCO	HSO	PAC
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE NÓDULOS BENIGNOS DIRIGIDA OU NÃO POR RX, US, TC, RM	HCO	HSO	PAC
EXÉRESE PERCUTÂNEA DE TUMOR ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	HCO	HSO	PAC
GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	HCO	HSO	PAC
IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM ANEURISMA OU DISSECÇÃO DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	HCO	HSO	PAC
LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX OU US	AMB	HCO	HSO PAC
MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS-DRENAGEM ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM	HCO	HSO	PAC
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	HCO	HSO	PAC
OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA)	AMB	HCO	HSO PAC
PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US	AMB	HCO	HSO PAC
PIELOGRAFIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR MÉTODOS DE IMAGEM	HCO	HSO	PAC
PUNÇÃO ASPIRATIVA OU BIÓPSIA ORIENTADA POR IMAGEM	AMB	HCO	HSO PAC
QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO	HCO	HSO	PAC
QUIMIOTERAPIA POR CATETER	HCO	HSO	PAC
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA	AMB	HCO	HSO PAC
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COM ISOLAMENTO PROTETOR	HCO	HSO	PAC
REPERMEABILIZAÇÃO/RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	HCO	HSO	PAC
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC	HCO	HSO	PAC
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX, US OU TC	HCO	HSO	PAC
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR	HCO	HSO	PAC
SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA)	AMB	HCO	HSO PAC

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO PORTAL	HCO	HSO	PAC
TRAQUEOTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	HCO	HSO	PAC
TRATAMENTO DO VASOESPASMO	HCO	HSO	PAC
TROMBECTOMIA	HCO	HSO	PAC
TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA	HCO	HSO	PAC

Ultra-sonografia diagnóstica

DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO Celiáco)	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS (INCLUI CORAÇÃO)	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO PENIANO COM OU SEM FÁRMACO-INDUÇÃO	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIORES	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES	AMB	HCO	HSO
DUPLEX SCAN VASCULAR PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS	AMB	HCO	HSO
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITÁRIO	AMB	HCO	HSO
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA	AMB	HCO	HSO
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO/ESTRESSE FÍSICO	AMB	HCO	HSO
ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO	AMB	HCO	
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSEOFÁGICO	AMB	HCO	HSO
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	AMB	HCO	HSO
ESTUDO DE VASO COM DOPPLER PULSADO CONTÍNUO CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCÓPICA OCULAR	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR FEMININO	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR MASCULINO	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR COM OU SEM DOPPLER COLORIDO	AMB	HCO	HSO
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA	AMB	HCO	HSO

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação	PAC	D. Ut
ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO)	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA DE RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA - PELE E SUBCUTÂNEO	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA OCULAR	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CONVENCIONAL COM OU SEM DOPPLER COLORIDO	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA ENDOVAGINAL	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA - PEÇA CIRÚRGICA	AMB HCO		
ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA EXTRACARDÍACA	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	AMB HCO HSO		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	AMB HCO HSO		

Ultra-sonografia intervencionista

DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATÓRIO	HCO HSO		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATÓRIO - TRANSESOFÁGICO OU EPICÁRDICO	AMB HCO HSO		
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US	AMB HCO HSO		
PUNÇÃO VASCULAR ORIENTADA POR US	AMB HCO HSO		
REDUÇÃO DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL POR ENEMA, ORIENTADA POR US	AMB HCO HSO	PAC	
ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA	HCO HSO	PAC	
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (COM AMNIOCENTESE, BIÓPSIA OU PUNÇÃO ASPIRATIVA)	AMB HCO		

Tomografia computadorizada

ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA (EXCLUI TOMOGRAFIA MULTISLICE)	AMB HCO HSO	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	AMB HCO HSO	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	AMB HCO HSO	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO)	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACROILÍACA, COXOFEMORAL, JOELHO OU PÉ)	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB HCO HSO	PAC	DUT
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	AMB HCO HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	AMB HCO HSO	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA/MAXILA	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU ORELHAS	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA OU PÉ)	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	AMB	HCO	HSO	PAC	

Tomografia computadorizada intervencionista

DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC	AMB	HCO	HSO	PAC	
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR TC	AMB	HCO	HSO	PAC	
TOMOMIELOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	PAC	

Ressonância magnética

ANGIO-RM (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
ARTRO-RM (INCLUI A PUNÇÃO ARTICULAR)	AMB	HCO	HSO	PAC	
ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM, URO-RM, MIELO-RM, CIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BASE DO CRÂNIO	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BOLSA ESCROTAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL (COM OU SEM PERFUSÃO, VIABILIDADE MIOCÁRDICA E ESTRESSE)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (ENCÉFALO)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE OU SEIOS DA FACE	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OSSOS TEMPORAIS	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ (ANTEPÉ)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÊNIS	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÉIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE)	AMB	HCO	HSO	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FETAL	AMB	HCO		PAC	

Radioterapia

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
---------------	-------------	--	--	-----	-------

Radioterapia megavoltagem

IRRADIAÇÃO DE MEIO-CORPO	AMB	HCO	HSO	PAC	
IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO	AMB	HCO	HSO	PAC	
PROFILAXIA/TERAPIA DE GINECOMASTIA (HOMEM SOB HORMONIOTERAPIA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOCIRURGIA (POR ESTEREOTAXIA OU GAMA-KNIFE)	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA ANTI-INFLAMATÓRIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA TUMORES DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL - PARA CABEÇA E PESCOÇO, SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC), MAMA, TORÁX, ABDOME E Pelve	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM FÓTONS E ELÉTRONS	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM UNIDADE DE TELECOBALTO	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR SÓ COM FÓTONS	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA DE HEMANGIOMA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA	AMB	HCO	HSO	PAC	
RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE	AMB	HCO	HSO	PAC	

Braquiterapia de alta taxa de dose (BATD)

BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO	AMB	HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL		HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA		HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA		HCO	HSO	PAC	
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO		HCO	HSO	PAC	

Radioterapia de ortovoltagem

RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE		HCO	HSO	PAC	
ROENTGENTERAPIA	AMB	HCO	HSO	PAC	

Betaterapia

BETATERAPIA OFTÁLMICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO	AMB	HCO	HSO	PAC	

Radioterapia

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos secundários					
ANESTESIA (INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA)		HCO	HSO	PAC	
ANESTESIA (INSERÇÃO DE CATETERES)	AMB	HCO	HSO	PAC	
ANESTESIA PARA RADIOTERAPIA EXTERNA	AMB	HCO	HSO	PAC	
COLIMAÇÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	
FILMES DE VERIFICAÇÃO	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMOBILIZADOR DE CABEÇA E PESCOÇO E MEMBROS	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMOBILIZADOR DE TÓRAX, ABDOME E PÉLVIS	AMB	HCO	HSO	PAC	
IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA	AMB	HCO	HSO	PAC	
INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA		HCO	HSO	PAC	
INSERÇÃO DOS CATETERES	AMB	HCO	HSO		
PLANEJAMENTO COMPLEXO (COM COMPUTADOR)	AMB	HCO	HSO	PAC	
PLANEJAMENTO SIMPLES (SEM COMPUTADOR)	AMB	HCO	HSO	PAC	
PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL	AMB	HCO	HSO	PAC	
SIMULAÇÃO COMPLEXA (COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA)	AMB	HCO	HSO	PAC	
SIMULAÇÃO INTERMEDIÁRIA (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E COM CONTRASTE)	AMB	HCO	HSO	PAC	
SIMULAÇÃO SIMPLES (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA)	AMB	HCO	HSO	PAC	

Exames específicos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos					
ANGIOFLUORESCINOGRRAFIA OCULAR	AMB	HCO	HSO		
ANGIOGRAFIA OCULAR COM INDOCIANINA VERDE	AMB	HCO	HSO		
AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIAS	AMB	HCO	HSO		
AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
BIOIMPEDANCIOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	AMB	HCO	HSO		
BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO		
BIÓPSIA DO VILO CORIAL	AMB	HCO			
CALORIMETRIA INDIRETA	AMB	HCO	HSO		
CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA	AMB	HCO	HSO		
CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL	AMB	HCO	HSO		
CAVERNOSOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	AMB	HCO	HSO		
COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL	AMB	HCO	HSO		
COLETA DE RASPADO DÉRMICO EM LESÕES E SÍTIOS ESPECÍFICOS PARA BACILOSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
COLPOSCOPIA, VULVOSCOPIA, PENISCOPIA, ANUSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
CORDOCENTESE	AMB	HCO	HSO		
CURVA TENSIONAL OCULAR DIÁRIA	AMB	HCO	HSO		
DERMATOSCOPIA / FOTODERMATOSCOPIA	AMB	HCO	HSO		
DOPPLERMETRIA DOS CORDÕES ESPERMÁTICOS	AMB	HCO	HSO		
EREÇÃO FÁRMACO-INDUZIDA	AMB	HCO	HSO		
ESPIROMETRIA FORÇADA - VOLUMES E FLUXOS MÁXIMOS (COM/SEM Bd)	AMB	HCO	HSO		
ESTÉREO-FOTO DE PÁPILA	AMB	HCO	HSO		
ESTESIMETRIA	AMB	HCO	HSO		
EXAME A FRESCO DO CONTEÚDO VAGINAL E CERVICAL	AMB	HCO	HSO		

Exames específicos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
	AMB	HCO	HSO		
EXAME DE MOTILIDADE OCULAR - TESTE ORTÓPTICO	AMB	HCO	HSO		
EXAME MICOLÓGICO - CULTURA E IDENTIFICAÇÃO DE COLÔNIA	AMB	HCO	HSO		
EXAME MICOLÓGICO DIRETO	AMB	HCO	HSO		
GONIOSCOPIA OCULAR	AMB	HCO	HSO		
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	AMB	HCO	HSO		
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO		
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO		
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO		
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA SEM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	AMB	HCO	HSO		
MAPEAMENTO DE RETINA - OFTALMOSCOPIA INDIRECTA	AMB	HCO	HSO		
MEDIDA DE PRESSÃO HEPÁTICA	AMB	HCO	HSO	PAC	
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA	AMB	HCO	HSO		
OFTALMODINAMOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
OXIMETRIA NÃO INVASIVA	AMB	HCO	HSO		
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	AMB	HCO	HSO		
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	AMB	HCO	HSO		
PRESSÃO ARTERIAL PENIANA	AMB	HCO	HSO		
RETINOGRAFIA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DA HISTAMINA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE EQUILÍBRIO PERITONEAL (PET)	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMAR PRÉ E PÓS)	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRÉ E PÓS)	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE HUHNER	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE MITSUDA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE PRÓTESE AUDITIVA	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES	AMB	HCO	HSO		
TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCÍCIO	AMB	HCO	HSO		
TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA	AMB	HCO	HSO		
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS (POEIRA, ALIMENTOS, FUNGOS, INSETOS, PÓLENS OU LÁTEX)	AMB	HCO	HSO		
TESTES DE CONTATO	AMB	HCO	HSO		
TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO		
TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR)		OD			
TESTE DE FLUXO SALIVAR		OD			
TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM NATO (TESTE DO OLHINHO)	AMB	HCO	HSO		
TESTES VESTIBULARES (COM OU SEM PROVA CALÓRICA, COM OU SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA)	AMB	HCO	HSO		
TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA, COM OU SEM PROVAS CALÓRICAS	AMB	HCO	HSO		
TONOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
TRICOGRAMA PARA DERMATOLOGIA / MINERALOGRAMA PARA TOXICOLOGIA (EXCLUI MEDICINA ORTOMOLECULAR)	AMB	HCO	HSO		
URODINÂMICA COMPLETA	AMB	HCO	HSO		
UROFLUXOMETRIA	AMB	HCO	HSO		
VISÃO SUBNORMAL	AMB	HCO	HSO		

ANEXO II DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013
(Vigente a partir de 02/01/2014)

O Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT e a Nota 876/2013 e anexos sobre os Procedimentos: Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH (Fluorescence in situ Hybridization)

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO
2. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA
3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA
4. AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL
5. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE
6. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA)
7. BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL ESPASTICIDADE
8. BRAF
9. CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO – corresponde aos seguintes procedimentos: CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOLÓGICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO
10. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)
11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)
12. CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK
13. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR
14. COLOBOMA – CORREÇÃO CIRÚRGICA
15. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
16. CORDOTOMIA-MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA
17. DERMOLIPECTOMIA
18. DÍMERO-D
19. EGFR
20. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO
21. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA
22. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
23. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO
24. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE
25. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

Anexo II

26. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO
27. HEPATITE C – GENOTIPAGEM
28. HER-2
29. HIV, GENOTIPAGEM
30. IMPLANTE COCLEAR
31. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL
32. IMPLANTE DE CÂRDIO-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
33. IMPLANTE DE ELETRODO E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR
34. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA
35. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL
36. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO
37. IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR)
38. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR)
39. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO
40. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)
41. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS
42. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA
43. K-RAS
44. MAMOGRAFIA DIGITAL
45. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL
46. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)
47. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)
48. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
49. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)
50. PET-SCAN ONCOLÓGICO
51. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO
52. RADIOABLAÇÃO/TERMOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO
53. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA
54. SUCCINIL ACETONA
55. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER
56. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE
57. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE
58. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)
59. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)
60. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA
61. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA
62. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA
63. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA
64. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTI-ANGIOGÊNICO
65. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL
66. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
67. APLICAÇÃO DE SELANTE
68. BIÓPSIA DE BOCA
69. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
70. BIÓPSIA DE LÁBIO
71. BIÓPSIA DE LÍNGUA
72. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA

73. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
74. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO
75. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA
76. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO
77. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)
78. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA
79. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
80. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
81. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
82. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
83. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM
84. SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL
85. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS
86. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
87. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO
88. TUNELIZAÇÃO
89. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA
90. CONSULTA COM NUTRICIONISTA
91. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO
92. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO
93. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL
94. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL
95. SESSÃO DE PSICOTERAPIA
96. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingestão, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções);
 - b. crianças de qualquer idade com síndrome de Reye ou “Reye-like” (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática);
 - c. pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrofica sem diagnóstico etiológico;
 - d. pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

2. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA

1. Cobertura obrigatória quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização disponibilizadas através de Nota Técnica, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;

b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes do item a, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e, permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais.

OBS: Excepcionalmente para o item "a" desta Diretriz, fica concedido o prazo até 02 de janeiro de 2014 para publicação de nota técnica com as diretrizes acima referidas. Para a Distrofia Muscular de Duchenne/Becker a cobertura se dará nos seguintes termos:

Cobertura obrigatória para indivíduos do sexo masculino, sintomáticos (fraqueza muscular proximal com CK total elevada e/ou ENMG alterada, com ou sem biópsia muscular), para pesquisar o gene distrofina.

Para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora – doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do resultado do teste no caso índice ou se tiver sido testada a portadora obrigatória (mãe do afetado); ou nos casos com elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (CK), alteração do padrão de atividade elétrica verificada pela eletroneuromiografia (ENMG) ou com biópsia muscular com análise imunohistoquímica suspeita de distrofia.

Método analítico, de forma escalonada:

- 1) Para pesquisa de deleções: PCR múltiplex para éxons selecionados (pelo menos 18).
- 2) Para deleções e duplicações: MLPA para todos os 79 éxons. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.
- 3) Apenas se não esclarecido pelos anteriores, sequenciamento completo bidirecional (convencional, Sanger) das regiões codificantes de todo o gene.

3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos *multislice* com 64 colunas de detectores ou mais):
 - a. avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% calculada segundo os critérios de Diamond Forrester revisado¹, como uma opção aos outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana;
 - c. dor torácica aguda, em pacientes com TIMI RISK 1 e 2, com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica;
 - d. para descartar doença coronariana isquêmica, em pacientes com diagnóstico estabelecido de insuficiência cardíaca (IC) recente, onde permaneça dúvida sobre a etiologia da IC mesmo após a realização de outros exames complementares;
 - e. em pacientes com quadro clínico e exames complementares conflitantes, quando permanece dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia;
 - f. pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

Referências Bibliográficas

1. Genders TS, Steyerberg EW, Alkadi H, Leschka S, Desbiolles L, Nieman K, Galema TW, Meijboom WB, Mollet NR, de Feyter PJ, Cademartiri F, Maffei E, Dewey M, Zimmermann E, Laule M, Pugliese F, Barbagallo R, Sinitsyn V, Bogaert J, Goetschalckx K, Schoepf UJ, Rowe GW, Schuijf JD, Bax JJ, de Graaf FR, Knuuti J, Kajander S, van Mieghem CA, Meijs MF, Cramer MJ, Gopalan D, Feuchtner G, Friedrich G, Krestin GP, Hunink MG. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur Heart J*. 2011
2. Jensen JM, Voss M, Hansen VB, Andersen LK, Johansen PB, Munkholm H, Nørgaard BL. Risk stratification of patients suspected of coronary artery disease: comparison of five different models. *Atherosclerosis*. 2012 Feb;220(2):557-62.
3. Mark DB, Berman DS, Budoff MJ, et al. ACCF/ACR/AHA/NASCI/SAIP/SCAI/SCCT 2010 expert consensus document on coronary computed tomographic angiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *Circulation* 2010;121:2509-43.
4. Taylor AJ, Cerqueira M, Hodgson JM, et al. ACCF/SCCT/ACR/AHA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010 Appropriate Use Criteria for Cardiac Computed Tomography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the American Society of Nuclear Cardiology, the North American Society

for Cardiovascular Imaging, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *Circulation* 2010;122:e525-55.

5. Min JK, Shaw LJ, Berman DS. The present state of coronary computed tomography angiography a process in evolution. *J Am Coll Cardiol*;55:957-65.
6. [Guideline of Sociedade Brasileira de Cardiologia for Resonance and cardiovascular tomography. Executive Summary]. *Arq Bras Cardiol* 2006;87 Suppl 3:e1-12.
7. Dennie CJ, Leipsic J, Brydie A. Canadian Association of Radiologists: Consensus Guidelines and Standards for Cardiac CT. *Can Assoc Radiol J* 2009;60:19-34.
8. Diamond GA, Kaul S. Bayesian classification of clinical practice guidelines. *Arch Intern Med* 2009;169:1431-5.
9. Pryor DB, Shaw L, McCants CB, et al. Value of the history and physical in identifying patients at increased risk for coronary artery disease. *Ann Intern Med* 1993;118:81-90.
10. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. *N Engl J Med* 1979;300:1350-8.
11. Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). *Circulation* 2002;106:1883-92.
12. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina--summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). *Circulation* 2003;107:149-58.

4. AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL

1. Cobertura obrigatória para pacientes a partir de 3 anos de idade, conforme indicação do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. dificuldades de aprendizagem;
- b. dificuldade de compreensão em ambientes ruidosos;
- c. dificuldade de comunicação oral e/ou escrita;
- d. agitados, hiperativos ou muito quietos;
- e. alteração de comportamento e/ou de atenção;
- f. dificuldades auditivas não orgânicas (resultado de audiometria tonal normal).

Grupo II

- a. pacientes com habilidades de linguagem receptiva e emissiva insuficientes para compreender as tarefas verbais solicitadas ou que apresentem problemas cognitivos;
- b. ausência de avaliação audiológica básica prévia.

Referências Bibliográficas

1. Momensohn-Santos, T. M.; Branco-Barreiro, F. C. A. - Avaliação e Intervenção Fonoaudiológica no Transtorno de Processamento Auditivo Central – In: Ferreira, L. P. (Org.) – Tratado de Fonoaudiologia – São Paulo: Roca, 2004.
2. Pereira, L. D. – Avaliação do Processamento Auditivo Central. In: Filho, O. L. (Org.) – Tratado de Fonoaudiologia – 2a. edição, Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005.

5. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE

1. Cobertura obrigatória para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. quando o resultado do IgM for maior que 2;
 - b. quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após intervalo de 3 a 4 semanas.

6. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA)

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. estudo histopatológico de lesões não palpáveis;
 - b. nódulos mamários menores que 2 cm;
 - c. nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS.

7. BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE

1. Cobertura obrigatória para o tratamento das distonias focais e segmentares quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. blefaroespasmos;
- b. distonia laríngea;
- c. espasmo hemifacial;
- d. distonia cervical;
- e. distonia oromandibular; e
- f. câimbra do escrivão.

Grupo II

- a. gravidez ou amamentação;
- b. hipersensibilidade à toxina botulínica ou a um de seus componentes;
- c. doença neuromuscular associada (por exemplo: doenças do neurônio motor, miastenia gravis);
- d. uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo: aminoglicosídeos);
- e. presença provável de anticorpos contra a toxina botulínica, definida por perda de resposta terapêutica, após um determinado número de aplicações, em paciente com melhora inicial;
- f. perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea.

Referências Bibliográficas

1. Portaria SAS/MS nº 376, de 10 de novembro de 2009.
2. Cobertura obrigatória para portadores de espasticidade que apresentarem comprometimento funcional, ou dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculares, desde que esteja garantida a segurança do paciente (pelos seus familiares ou cuidadores no seguimento do tratamento, monitorização dos efeitos adversos e adesão às medidas instituídas) quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. Paraplegia espástica tropical (CID G04.1);
- b. Paralisia cerebral espástica (CID G80.0);
- c. Diplegia espástica (CID G80.1);
- d. Hemiplegia infantil (CID G80.2);
- e. Hemiplegia espástica (CID G81.1);
- f. Paraplegia espástica (CID G82.1);
- g. Tetraplegia espástica (CID G82.4);
- h. Sequelas de hemorragia subaracnóideia (CID I69.0);
- i. Sequelas de hemorragia intracerebral (CID I69.1);
- j. Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas (CID I69.2);
- k. Sequelas de infarto cerebral (CID I69.3);
- l. Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (CID I69.4);
- m. Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas (CID I69.8);
- n. Sequelas de traumatismo intracraniano (CID T90.5); e
- o. Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça (CID T90.8).

Grupo II

- a. hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- b. perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4 (Escala de Ashworth Modificada);
- c. doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert);
- d. desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- e. infecção no local de aplicação;
- f. gravidez ou amamentação;
- g. uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo, aminoglicosídeos ou espectomicina);
- h. impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e de manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

Referências Bibliográficas

1. Portaria Sas/MS Nº 377, de 10 de novembro de 2009.

8. BRAF

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

9. CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO – corresponde aos seguintes procedimentos: CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOLÓGICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO

1. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica em repouso na suspeita de Síndrome Coronariana Aguda quando ECG não diagnóstico (normal ou inconclusivo) e marcador de necrose miocárdica negativo, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. suspeita de infarto de ventrículo direito;
 - b. suspeita de infarto com reperfusão, não diagnosticado por exames convencionais;
 - c. na investigação de dor torácica em situação de emergência.
2. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica em repouso em pacientes com dor torácica aguda na suspeita de inflamação ou infiltração miocárdica.
3. Cobertura obrigatória da cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e de estresse na avaliação e estratificação de risco de paciente com Síndrome Coronariana Aguda confirmada para:
 - a. avaliação de isquemia miocárdica residual, avaliação de miocárdio viável e para avaliação funcional de lesões coronarianas detectadas no estudo anatômico das coronárias;
 - b. Identificação da gravidade e extensão da área de isquemia induzida em pacientes com estabilização clínica com terapia medicamentosa.
4. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na identificação do vaso relacionado à isquemia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. doença arterial coronária (DAC) comprovada quando há necessidade de localização e/ou quantificação da área isquêmica a ser revascularizada;
 - b. avaliação de isquemia em lesão intermediária (de 50 a 80% de estenose) identificada na coronariografia diagnóstica ou angiotomografia.
5. Cobertura obrigatória para detecção de viabilidade miocárdica em pacientes com disfunção ventricular grave (fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 40%) com DAC suspeita ou confirmada.
6. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. na estratificação pré-operatória de cirurgia vascular arterial em pacientes com pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco clínicos: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL;
 - b. estratificação pré-operatória de cirurgia geral em pacientes com diagnóstico confirmado das seguintes cardiopatias: infarto agudo do miocárdio ocorrido nos últimos 6 meses, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada ou doença valvar grave;
 - c. estratificação pré-operatória antes de cirurgia geral de risco intermediário ou alto em pacientes com capacidade funcional menor ou igual a 4 METS ou que seja impossível avaliar a capacidade funcional quando preenchido pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL.
7. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC ou DAC confirmada e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. paciente sintomático com probabilidade pré-teste de 10 a 90% segundo Diamond Forrester e com incapacidade realização de teste ergométrico ou contra-indicação;
 - b. paciente com teste ergométrico inconclusivo ou positivo, escore de DUKE intermediário ou alto, quando houver suspeita de ser falso positivo ou quando houver necessidade de quantificar o grau e extensão da isquemia para definição de tratamento;
 - c. probabilidade pré-teste maior ou igual a 10%, pelos critérios de Diamond e Forrester, mas incapazes de realizar o teste de esforço ou com ECG basal alterado e de difícil interpretação devido a ritmo de marca-passo, síndrome de Wolf Parkinson White, infra de ST > 1mm ou BRE completo;
 - d. paciente sintomático com lesão coronária com estenose inferior a 50%, documentada por métodos anatômicos, para definição da presença de isquemia miocárdica funcional.

8. Paciente com suspeita de DAC submetidos a exames prévios para avaliação de isquemia com resultados inconclusivos ou conflitantes:
 - a. pacientes com diabetes mellitus quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: com doença há pelo menos dez anos ou microangiopatia diabética ou fatores de risco para DAC (HAS, Tabagismo, dislipidemia ou história familiar de DAC precoce);
 - b. pacientes com evidência de aterosclerose documentada por exames complementares;
 - c. Escore de Framingham indicando risco maior ou igual a 20% de eventos em 10 anos.

9. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na investigação de pacientes com revascularização miocárdica prévia (cirúrgica ou percutânea) quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. presença de resultados sub-ótimos ou complicações durante o procedimento, para definição de isquemia residual;
 - b. recorrência dos sintomas ou equivalentes isquêmicos como dispnéia, síncope ou arritmia ventricular após revascularização;
 - c. estratificação de risco do paciente após revascularização.

10. Cobertura obrigatória da cintilografia miocárdica de repouso e de estresse na avaliação e estratificação de risco de paciente com DAC conhecida submetido a terapia medicamentosa após 6 meses de início e/ou alteração do tratamento.

Referências Bibliográficas

1. S. R. Underwood, C. Anagnostopoulos, M. Cerqueira, P. J. Ell, E. J. Flint, M. Harbinson, A. D. Kelion, A. Al-Mohammad, E. M. Prvulovich, L. J. Shaw, A. C. Tweddel. Myocardial perfusion scintigraphy: the evidence. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* (2004) 31:261–291.
2. Klocke FJ, Baird MG, Bateman TM, Berman DS, Carabello BA, Cerqueira MD, DeMaria AN, Kennedy JW, Lorell BH, Messer JV, O’Gara PT, Russell RO Jr, St. John Sutton MG, Udelson JE, Verani MS, Williams KA. ACC/AHA/ASNC guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Radionuclide Imaging). *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1318–33.
3. Chalela W, Meneguetti C, et al. I Diretriz sobre Cardiologia Nuclear. *Arq Bras Cardiol* volume 78, (suplemento III), 2002.
4. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, Foster E, Hlatky MA, Hodgson JMCB, Kushner FG, Lauer MS, Shaw LJ, Smith SC, Jr., Taylor AJ, Weintraub WS, Wenger NK. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56:e50–103.
5. FEITOSA, Gilson Soares and DERC et al. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Cardiologia Nuclear. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2002, vol.78, suppl.3 [cited 2013-06-17], pp. 1-42
6. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, et al. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*. 1999; 100: 1481–1492.
7. Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease. A joint editorial statement by the American Diabetes Association; The National Heart, Lung, and Blood Institute; The Juvenile Diabetes Foundation International; The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and The American Heart Association. *Circulation*. 1999; 100: 1132–1133.
8. Kang X, Berman DS, Lewin HC, et al. Incremental prognostic value of myocardial perfusion single photon emission computed tomography in patients with diabetes mellitus. *Am Heart J*. 1999; 138: 1025–1032.
9. Gibbons RJ. Noninvasive diagnosis and prognosis assessment in chronic coronary artery disease: stress testing with and without imaging perspective. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2008 Nov;1(3):257-69;
10. Hachamovitch R, Berman DS, Kiat H, Cohen I, Cabico JA, Friedman J, Diamond GA. Exercise myocardial perfusion SPECT

in patients without known coronary artery disease: incremental prognostic value and use in risk stratification. *Circulation*. 1996 Mar 1;93(5):905-14.

11. Hachamovitch R, Berman DS, Kiat H, Bairey CN, Cohen I, Cabico A, Friedman J, Germano G, Van Train KF, Diamond GA. Effective risk stratification using exercise myocardial perfusion SPECT in women: gender-related differences in prognostic nuclear testing. *J Am Coll Cardiol*. 1996 Jul;28(1):34-44.

12. Cerci MS, Cerci JJ, Cerci RJ, Pereira Neto CC, Trindade E, Delbeke D, da Cunha CL, Vitola JV. Myocardial perfusion imaging is a strong predictor of death in women. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2011 Aug;4(8):880-8. doi: 10.1016/j.jcmg.2011.06.009.

10. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. mulheres com capacidade civil plena;
 - b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
 - c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
 - d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
 - e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
 - f. toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.
2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
 - b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
 - c. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
 - d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Referências Bibliográficas

1. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996

11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

1. A esterilização masculina representada pelo método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.
2. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. homens com capacidade civil plena;

- b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
 - c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
 - d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
 - e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
 - f. o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
 - g. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
 - h. avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.
3. É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:
- a. durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
 - b. em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Referências Bibliográficas

2. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

12. CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK

1. Cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
 - b. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

13. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico);
 - b. pacientes com infecções congênitas.

14. COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. Exposição corneal;
 - b. Risco de úlcera e perfuração de córnea.

15. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b. IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidade.

Grupo II

- a. pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;
- b. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- c. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d. hábito excessivo de comer doces.

Referências Bibliográficas

1. Resolução do CFM nº 1.942/2010.

16. CORDOTOMIA-MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. dor de origem neoplásica;
 - b. espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores, para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque).

17. DERMOLIPECTOMIA

1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

18. DÍMERO-D

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores;
 - b. avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

19. EGFR

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

20. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO

1. Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

21. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA

1. Cobertura obrigatória para mulheres portadoras de leiomiomas uterinos intramurais sintomáticos ou miomas múltiplos sintomáticos na presença do intramural quando preenchidos todos os critérios do grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:

Grupo I

- a. queixa de menorragia/metrorragia, dismenorreia, dor pélvica, sensação de pressão supra-púbica e/ou compressão de órgãos adjacentes;
- b. alteração significativa da qualidade de vida ou capacidade laboral.

Grupo II

- a. mulheres assintomáticas;
- b. adeniose isolada;
- c. mioma subseroso pediculado;
- d. leiomioma submucoso (50% do diâmetro na cavidade uterina);
- e. leiomioma intraligamentar;
- f. diâmetro maior que 10 cm;
- g. extensão do mioma acima da cicatriz umbilical;
- h. neoplasia ou hiperplasia endometriais;
- i. presença de malignidade;
- j. gravidez/amamentação;
- k. doença inflamatória pélvica aguda;
- l. vasculite ativa;
- m. história de irradiação pélvica;
- n. coagulopatias incontroláveis;
- o. insuficiência renal;
- p. uso concomitante de análogos de GnRH;
- q. desejo de gravidez*

*exceto quando contra-indicada a miomectomia ou outras alternativas terapêuticas conservadoras.

22. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:

Grupo I

- a. dor neurogênica;
- b. dor músculo-esquelética;
- c. dor visceral;
- d. dor simpaticamente mediada;
- e. dor pós-traumática;
- f. dor leve a moderada pós-operatória;
- g. espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.

Grupo II

- a. paciente no primeiro trimestre da gestação;
- b. para melhora do equilíbrio dos pacientes com sequela de AVE em fase crônica;
- c. pacientes portadores de:
 - marca-passos cardíacos;
 - arritmias cardíacas, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente;
 - dor de etiologia desconhecida;
 - epilepsia, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente.
- d. quando a estimulação ocorrer nas seguintes regiões:
 - na parte anterior do pescoço;
 - na região da cabeça, quando posicionado de forma transcerebral;
 - pele com solução de continuidade;
 - pele com parestesia ou anestesia (sensibilidade anormal);
 - abdomen durante a gestação;
 - regiões com implantes metálicos;
 - áreas recentemente irradiadas;
 - próximo à boca e sobre os olhos;
 - sobre o seio carotídeo.

23. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. pacientes com trombose venosa recorrente;
 - b. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
 - c. pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;

- d. pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- e. pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f. familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

24. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE

- 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada);
 - b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

25. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

Grupo II

- a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

Referências Bibliográficas

- 1. Resolução do CFM nº 1.942/2010.

26. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO

- 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. para a caracterização da fase replicativa da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), quando o HBeAg for negativo, nos pacientes cirróticos ou com coagulopatias em avaliação para início de tratamento para a hepatite B;
 - b. na avaliação inicial pré-tratamento para a hepatite B de qualquer paciente portador de hepatite B, quando este apresentar HBsAg positivo, ALT elevada e HBeAg negativo;
 - c. na monitorização após o tratamento medicamentoso de pacientes com prováveis cepas mutantes pre-core, a cada seis meses no 1º ano de acompanhamento e, após este período, uma vez por ano.

27. HEPATITE C - GENOTIPAGEM

1. Cobertura obrigatória na avaliação para início de tratamento da hepatite C, na presença de atividade necro-inflamatória e fibrose moderada a intensa evidenciada em biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos*, quando preenchidos pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. pacientes com hepatite viral aguda C;
- b. pacientes com hepatite viral crônica C com idade entre 12 e 70 anos, contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ e contagem de neutrófilos superior a 1.500/mm³).

Grupo II

- a. tratamento prévio com interferon peguilado associado ou não à ribavirina;
- b. consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
- c. hepatopatia descompensada;
- d. cardiopatia grave;
- e. doença da tireóide descompensada;
- f. neoplasias;
- g. diabetes mellitus tipo I de difícil controle ou descompensada;
- h. convulsões não controladas;
- i. imunodeficiências primárias;
- j. controle contraceptivo inadequado;
- k. gravidez (beta-HCG positivo).

* Exceto nos casos de pacientes com hepatite viral aguda C com diagnóstico bem estabelecido, hemofilia ou cirrose compensada com varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, por ser a biópsia hepática contra-indicada nestas situações.

28. HER-2

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

29. HIV, GENOTIPAGEM

Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. pacientes em uso regular de TARV (terapia anti-retroviral) há pelo menos 6 meses e com carga viral (CV) detectável acima de 5.000 cópias/ml;
- b. gestantes em uso regular de TARV há pelo menos 3 meses e com CV acima de 5.000 cópias/ml;
- c. pacientes candidatos ao uso de enfuvirtida (T20), conforme Nota Técnica n° 50/2005 GAB/PN DST-AIDS/SVS/MS.

Grupo II

- a. genotipagem anterior indicando multi-resistência (presença de “R” a todas as drogas segundo algoritmo da Rede Nacional de Genotipagem- RENAGENO); e/ou
- b. pacientes com carga viral inferior a 5.000 cópias/ml; e/ou
- c. não adesão ao tratamento.

30. IMPLANTE COCLEAR

Cobertura obrigatória, unilateral ou bilateral, conforme indicação do médico assistente, nos seguintes casos:

1. Em crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral;
 - b. experiência com uso de próteses auditivas por um período mínimo de 3 meses na perda auditiva severa (exceto no caso de meningite - risco de ossificação da cóclea o que pode impedir a inserção do feixe de eletrodos, devendo essas crianças serem implantadas o mais precocemente possível);
 - c. motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.
2. Em crianças a partir de 7 anos até 11 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral;
 - b. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em ambas as orelhas;
 - c. presença de código linguístico estabelecido;
 - d. motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.
3. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pós-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral;
 - b. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;
 - c. motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.
4. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pré-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral;
 - b. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

- c. presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- d. motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

31. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL

1. Cobertura obrigatória, nos termos do Parecer CFM Nº 2/2005, para pacientes portadores de ceratocone nos estágios III (moderado) ou IV (severo), nos quais todas as modalidades de tratamento clínico tenham sido tentadas e nenhuma das condições abaixo estiver presente:

- a. ceratocone avançado com ceratometria maior que 75,0 dioptrias;
- b. ceratocone com opacidade severa da córnea;
- c. hidropsia da córnea;
- d. associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
- e. síndrome de erosão recorrente da córnea.

32. IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível;
 - b. taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural;
 - c. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular;
 - d. prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III;
 - fração de ejeção menor ou igual a 30% e classe funcional I;
 - fração de ejeção menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico.
 - e. prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III;
 - f. prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica.¹

Obs: O procedimento implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marca-passo multissítio/ressincronizador cardíaco (RC), é uma tecnologia diferente da citada nesta diretriz e, portanto, sem cobertura obrigatória.

Referências Bibliográficas

1. Diretrizes Brasileiras de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI)- Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas - SOBRAC/SBC Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial – DECA/SBCCV - Arq Bras Cardiol 2007; 89(6) : e210-e237.

33. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

1. Cobertura obrigatória para pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática quando haja relatório médico e fisioterápico atestando ausência de melhora da dor, ou redução inferior a 50% no escore VAS, com tratamento medicamentoso e fisioterápico realizado continuamente por um mínimo de 6 meses.

34. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. diagnóstico firmado há pelo menos 5 anos;
 - b. resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença;
 - c. refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador);
 - d. existência de função motora preservada ou residual no segmento superior;
 - e. ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson).
2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias;
 - b. tenha havido tratamento conservador prévio por no mínimo dois anos;
 - c. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - d. exista função motora preservada ou residual no segmento superior.
3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento medicamentoso
4. Pacientes com epilepsia quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso;
 - c. o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

35. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL

1. Cobertura obrigatória para pacientes com incontinência urinária grave (confirmada por exame de urodinâmica) após prostatectomia para tratamento de câncer de próstata, quando o paciente preencha todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. prostatectomia realizada há pelo menos 12 meses;

- b. níveis séricos de PSA <0,01 ng/ml nos últimos 12 meses ou <0,5 ng/ml para os casos em que o paciente foi submetido a radioterapia;
- c. estado nutricional adequado (Albumina \geq 3,5 g/dl e IMC > 22kg/m²);
- d. possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária;
- e. tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II

- a. recidiva local da neoplasia;
- b. baixa expectativa de vida;
- c. história de alergia ao silicone;
- d. doenças uretrais crônicas.

36. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

1. Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso.

2. Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback);
 - b. teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral.

3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiatríco, realizados por no mínimo 6 meses;
 - c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

37. IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR)

1. Doença do nó sinusal. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia;
 - b. presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica;
 - c. bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas;

- d. síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico.
2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. quando houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada;
 - b. síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardio-inibitória à massagem do seio carotídeo;
 - c. síncope recorrente de etiologia indefinida reprodutível por massagem do seio carotídeo.
 3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. irreversível, com síncope ou pré-síncope e estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por estimulação atrial ou teste farmacológico;
 - b. com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal.
 4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização;
 - b. tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio;
 - c. com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
 - d. tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM);
 - e. tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível;
 - f. com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível.
 5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
 - b. persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia;
 - c. assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His;
 - d. assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape;
 - e. adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40 bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício;
 - f. irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília;
 - g. irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva;
 - h. congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade;
 - i. adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa;
 - j. irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV.

6. Bloqueios Intraventriculares Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. bloqueio de ramo bilateral alternante documentado com síncope, pré-síncope ou tonturas recorrentes;
 - b. intervalo HV > 70 ms espontâneo ou com bloqueio intra ou infra-His induzido por estimulação atrial ou teste farmacológico, em pacientes com síncope, pré-síncope ou tonturas sem causa determinada;
 - c. pacientes assintomáticos com intervalo HV > 100ms espontâneo;
 - d. bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas;
 - e. bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas.

7. Síncope Neuro-Mediadas. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. marca-passo definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
 - b. marca-passo definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas.

38. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR)

1. Doença do nó sinusal. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia;
 - b. presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica;
 - c. bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas;
 - d. síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico.

2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. quando houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada;
 - b. síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardioinibitória à massagem do seio carotídeo;
 - c. síncope recorrente de etiologia indefinida reprodutível por massagem do seio carotídeo.

3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. irreversível, com síncope ou pré-síncope e com estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por estimulação atrial ou teste farmacológico;
 - b. com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal.

4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
 - a. permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização;
 - b. tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio;

- c. com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
 - d. tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM);
 - e. tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível;
 - f. com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível.
5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
- a. permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
 - b. persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia;
 - c. assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His;
 - d. assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape;
 - e. adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício;
 - f. irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília;
 - g. irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva;
 - h. congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade;
 - i. adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa;
 - j. irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV.
6. Bloqueios Intraventriculares. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
- a. bloqueio de ramo bilateral alternante documentado com síncope, pré-síncope ou tonturas recorrentes;
 - b. intervalo HV > 70 ms espontâneo ou com bloqueio intra ou infra-His induzido por estimulação atrial ou teste farmacológico, em pacientes com síncope, pré-síncope ou tonturas sem causa determinada;
 - c. pacientes assintomáticos com intervalo HV > 100ms espontâneo;
 - d. bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas;
 - e. bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas.
7. Síncope Neuro-Mediadas. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:
- a. marca-passo definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
 - b. marca-passo definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas.

39. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE ≤35%, ritmo sinusal, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, em tratamento clínico otimizado, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. CF II, III ou IV ambulatorial, com BRE completo e $QRS \geq 120$ ms;
- b. CF III ou IV ambulatorial, sem padrão de BRE, mas com $QRS \geq 150$ ms.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE $\leq 35\%$, CFIII ou IV ambulatorial, em tratamento clínico otimizado, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, dependentes de marca-passo convencional (controle do ritmo $\geq 95\%$) por ablação do nodo AV ou controle farmacológico do ritmo.

3. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE $\leq 35\%$, com indicação formal de implante ou troca de marca-passo para controle de pelo menos 40% do ritmo, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano e Classe Funcional III ou IV em tratamento clínico otimizado.

Obs: O procedimento implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marca-passo multissítio/ressincronizador cardíaco (RC), é uma tecnologia diferente da citada nesta diretriz e, portanto, sem cobertura obrigatória.

40. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por no mínimo 6 meses*;
 - c. houve melhora com o uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio;
 - d. existe intolerância intensa aos opioides orais;
 - e. verifica-se melhora com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano realizada durante pelo menos 3 dias;
 - f. o paciente não esteja imunocomprometido.

*exceto portadores de neoplasias malignas.

2. Pacientes espasticidade quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a espasticidade seja intensa, afetando, no mínimo, dois membros;
 - b. presença de sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico;
 - c. tenha havido resposta satisfatória à aplicação intratecal de baclofeno.

41. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS

1. Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

42. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA

1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

43. KRAS

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

44. MAMOGRAFIA DIGITAL

1. Cobertura obrigatória para mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos.

45. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL

1. Cobertura obrigatória do procedimento quando o paciente apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. fibrilação atrial;
 - b. taquicardia ventricular sustentada na presença de cardiopatia estrutural;
 - c. taquicardia atrial reentrante na presença de doença atrial;
 - d. insucesso da ablação prévia ou recorrência de arritmia após ablação.

46. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. espasticidade em pacientes paraplégicos;
 - b. espasticidade em pacientes hemiplégicos;
 - c. espasticidade assimétrica em crianças;
 - d. dor neuropática - lesão periférica (deafferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional).

47. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. suspeita de hipertensão do avental branco;
 - b. avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo e suspeita de hipertensão mascarada;
 - c. avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva;
 - d. quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo;
 - e. quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência, ou progressão de lesão de órgãos-alvos.

48. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

1. Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. pacientes com doença descompressiva;

- b. pacientes com embolia traumática pelo ar;
- c. pacientes com embolia gasosa;
- d. pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- e. pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- f. pacientes com gangrena gasosa;
- g. pacientes com síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III ou IV;
- h. pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV;
- i. pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV;
- j. pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas;
- k. pacientes diabéticos com ulcerações infectadas profundas da extremidade inferior (comprometendo ossos ou tendões) quando não houver resposta ao tratamento convencional realizado por pelo menos um mês, o qual deve incluir, obrigatoriamente, antibioticoterapia em doses máximas, controle estrito da glicemia, desbridamento completo da lesão e tratamento da insuficiência arterial (incluindo revascularização, quando indicada).

ESCALA “USP” DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OHB *

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	>50 anos
Tabagismo		Leve / moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão Art. Sist.		Sim	
Queimadura		< 30% da superfície corporal	> 30% da superfície corporal
Osteomielite		Sim	c/ exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada

continua

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Insuf. Arterial Aguda		Sim	
Insuf. Arterial Crônica			Sim
Lesão Aguda		Sim	
Lesão Crônica			Sim
FQAlteração Linfática		Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Períneo / Mama / Face			Sim

CLASSIFICAÇÃO EM 4 GRUPOS (I a IV) PELA SOMATÓRIA DOS PONTOS:

G I < 10 pontos G II 11 a 20 pontos G III 21 a 30 pontos G IV > 31 pontos

(*) The "UNIVERSITY OF SÃO PAULO (USP) SEVERITY SCORE" for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostino Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H.Esteves, L.. M/.Menegazzo, M.R.Sousa, L.A Bodon . Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35 – 1997

49. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)

1. Cobertura obrigatória quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização disponibilizadas através de Nota Técnica, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;
- b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes do item a, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e, permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais.

Obs. Excepcionalmente para o item "a" desta Diretriz, fica concedido o prazo até 02 de janeiro de 2014 para publicação de nota técnica com as diretrizes acima referidas.

50. PET-SCAN ONCOLÓGICO

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. para caracterização das lesões;
 - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - c. na detecção de recorrências.
2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento primário;
 - b. na avaliação da resposta terapêutica;
 - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.
3. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
 - b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
 - c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
4. Cobertura obrigatória para avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:
 - a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
 - b. nódulo maior que um centímetro;
 - c. não espiculados;
 - d. sem calcificações.
5. Cobertura obrigatória para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
6. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:

a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;

b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

7. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a. no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;

b. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

8. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).

Obs. Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizar o mesmo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

51. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO.

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com trombose venosa recorrente;
- b. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
- c. pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
- d. pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- e. pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f. familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

52. RADIOABLAÇÃO/TERMOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO

1. Cobertura obrigatória para lesão tumoral de até 4 cm, distante de órgãos vizinhos (vesícula biliar, estômago e cólon), da cápsula hepática e de ramos da veia hepática e veia porta, em localização acessível.

53. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUENCIA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas;
- b. redução $>50\%$ da dor referida medida pela VAS após infiltração facetária utilizando anestésico local;

- c. falha no tratamento conservador adequado.

Grupo II

- a. cirurgia espinhal prévia no segmento analisado;
 - b. hérnia discal;
 - c. sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas;
2. Cobertura obrigatória para pacientes com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico.
3. Pacientes portadores de nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses.

54. SUCCINIL ACETONA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada);
 - b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

55. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Capecitabina	Colorretal	Primeira Linha em câncer metastático

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Capecitabina	Colorretal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação
	Ovário	Sem especificação de fase da doença
	Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença
Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe
Dietilelbestrol	Mama	casos paliativos
	Próstata	casos paliativos
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas-células	câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irresssecável com mutação nos éxons 19 ou 21
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
Everolimus	Mama	câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Exemestano	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH ("luteinizing hormone-releasing hormone"), no tratamento do câncer avançado em pacientes não-tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração
Gefitinibe	Pulmão não pequenas-células	câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrecetável com mutação nos éxons 19 ou 21
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica
Imatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irrecetável ou metastático
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Ovário	Câncer Avançado
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Metotrexato	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
Metotrexato	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe
Pazopanibe	Rim	irressecável ou metastático em primeira linha
Sorafenibe	Hepatocarcinoma	em casos irressecáveis
Sunitinibe, Malato de	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe
	Rim	irressecável ou metastático em primeira linha
Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
Tegafur - Uracil	cólon-reto	tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
	estômago	tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada
	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1a linha
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600E do gene BRAF, primeira linha
Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não pequenas células
	Mama	Carcinoma de mama

* apesar das evidências relacionadas ao desfecho não demonstrarem os resultados esperados e utilizados pelo Grupo Técnico do Rol como parâmetros de incorporação, os medicamentos orais para rim e melanoma foram incluídos nesta lista de medicamentos obrigatórios por demonstrarem mais benefícios em relação a custo-minimização quando comparados aos medicamentos já cobertos para o mesmo fim

56. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE.

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

a. artrite psoriásica: pacientes com comprometimento periférico, índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações) na presença de no mínimo três articulações dolorosas ou edemaciadas, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de seis meses com pelo menos duas drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e, nos pacientes com comprometimento axial associado ao periférico, índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs);

b. doença de Crohn: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 220 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Chron), refratários ao uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras por um período mínimo de três meses; ou com índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), nos casos de comprometimento articular periférico; ou com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), nos casos com comprometimento axial;

c. espondilite anquilosante: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou igual ou maior do que 4,5 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs) e, nos pacientes com doença predominantemente periférica com ausência de resposta à sulfassalazina ou ao metotrexato, por período adicional de 3 meses.

57. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE

1. Cobertura obrigatória na Artrite Reumatóide: pacientes com índice de atividade da doença maior que 10 pelo CDAI (Índice Clínico de Atividade da Doença), maior que 20 pelo SDAI (Índice Simplificado de Atividade da Doença) ou maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com pelo menos dois esquemas utilizando drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) de primeira linha, de forma sequencial ou combinada.

58. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

Cobertura obrigatória nas seguintes situações:

1. Na avaliação do comportamento da pressão arterial em indivíduos com história familiar de hipertensão, com síndrome metabólica ou com diabetes.

2. Como teste de screening em pacientes assintomáticos, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. história familiar de DAC precoce ou morte súbita;

b. paciente de alto risco pelo escore de Framingham;

c. pré-operatório de cirurgias não cardíacas em pacientes com risco intermediário a alto pelo escore de Framingham;

d. avaliação de mulheres com mais de 50 anos ou homens com mais de 40 anos candidatos a programas de exercício;

e. avaliação de indivíduos com ocupações especiais responsáveis pela vida de outros como pilotos, motoristas de coletivos ou embarcações ou similares;

- f. adultos com arritmias ventriculares que apresentam uma probabilidade intermediária ou alta de doença coronariana pelos critérios de Diamond e Forrester.
3. Na investigação da doença coronariana ambulatorial em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária pelo escore de Diamond e Forrester.
4. Na investigação de pacientes de baixo risco, com suspeita de síndrome coronariana aguda.
5. Na avaliação de pacientes com doença coronariana comprovada por coronariografia ou pós-infarto agudo do miocárdio diagnosticado pelos critérios da OMS, para avaliação de risco antes da alta hospitalar e prescrição de atividade física.
6. Na avaliação de classe funcional em pacientes selecionados para transplante cardíaco por meio da ergoespirometria.
7. Na investigação das arritmias induzidas pelo esforço ou sintomas que possam ser dependentes de arritmia.
8. Na estratificação de risco para morte súbita cardíaca nas síndromes arritmogênicas e síndromes elétricas primárias.
9. No diagnóstico diferencial de pacientes admitidos em unidade de dor torácica com sintomas atípicos e com possibilidade de doença coronária.
10. Na avaliação do prognóstico em pacientes com doença cardiovascular estável.
11. Na suspeita de angina vasoespástica.
12. Na tomada de decisão em lesões intermediárias após a realização de cineangiocoronariografia.
13. Na avaliação seriada em pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.

59. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. síncope recorrente na ausência de doença cardíaca conhecida ou suspeita, para avaliação do componente neurocardiogênico;
 - b. síncope recorrente na presença de doença cardíaca, após exclusão de causas cardiogênicas de síncope;
 - c. quando a demonstração da susceptibilidade a síncope neuromediada e o diagnóstico diferencial entre reflexo neurocardiogênico e insuficiência autonômica possam trazer implicações no tratamento;
 - d. síncope de origem indeterminada ocorrida em situação de alto risco de trauma físico ou com implicações ocupacionais.

Referências Bibliográficas

1. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009)-The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC)

60. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios:
 - a. acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico (pacientes que apresentem a forma exsudativa, também conhecida com úmida ou neovascular, da Degeneração macular relacionada à idade – DMRI), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico;
 - b. acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas:
 - edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa);
 - edema macular diabético;
 - buraco macular;
 - membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em
 - degeneração Macular Relacionada à Idade, estrias angióides, alta miopia,
 - tumores oculares, coroidopatia serosa central);
 - membrana epirretiniana;
 - distrofias retinianas.

61. SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o receptor e o doador são consanguíneos podem ser realizados com ou sem mieloablação, e serão de cobertura obrigatória desde que preenchidos os seguintes critérios:

1.1. Com mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 65 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8; 21) ou inv. 16;
- b. leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;
- c. leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d. leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e. leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f. leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- g. anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- h. síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- i. imunodeficiência celular primária;
- j. talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro;
- k. mielofibrose primária em fase evolutiva.

1.2. Sem mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 70 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (co-morbidade);
- b. leucemia linfóide crônica;
- c. mieloma múltiplo;
- d. linfoma não Hodgkin indolente;

e. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2. Os TCTH de medula óssea em que o receptor e o doador não são consanguíneos são de cobertura obrigatória quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 anos e apresentar uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8; 21) ou inv. 16;
- b. leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c. leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d. leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e. leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- f. anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- g. síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- h. imunodeficiência celular primária;
- i. osteopetrose;
- j. mielofibrose primária em fase evolutiva.

62. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

1. Cobertura obrigatória para receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;
- b. linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;
- c. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d. mieloma múltiplo;
- e. tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- f. neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia definida como remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

63. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes portadores de epilepsia com comprovada refratariedade ao tratamento medicamentoso, estabelecida pela comprovação da persistência das crises ou de efeitos colaterais intoleráveis após o uso de, no mínimo, três antiepilépticos em dose máxima tolerada por no mínimo dois anos de epilepsia;
- b. pacientes portadores de epilepsias catastróficas da infância, quando comprovada a deterioração do desenvolvimento psicomotor, independente da duração da epilepsia.

64. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO

1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem a forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada à idade - DMRI.

65. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

1. Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

66. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO

1. Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

67. APLICAÇÃO DE SELANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:
 - a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
 - b. procedimento preventivo em fósulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

68. BIÓPSIA DE BOCA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

69. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

70. BIÓPSIA DE LÁBIO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

71. BIÓPSIA DE LÍNGUA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

72. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

73. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

74. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

75. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

76. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes deciduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

77. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)

1. Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

78. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

79. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

80. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

81. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

82. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

83. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

84. SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

85. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

86. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

87. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:
 - a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
 - b. tratamento temporário em dentes permanentes.

88. TUNELIZAÇÃO

1. Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.

89. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA

1. Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

90. CONSULTA COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
 - b. jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
 - c. idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
 - d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
 - e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
 - f. pacientes ostomizados;
 - g. após cirurgia gastrointestinal.
2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.
3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

91. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
 - b. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
 - c. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
 - d. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
 - e. pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90).

- f. pacientes com apnéia de sono (G47.3);
 - g. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
 - h. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
 - i. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
 - j. pacientes com disфонia não crônica (CID R49.0).
2. Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);
 - b. pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
 - c. pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
 - d. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0);
 - e. pacientes com disфонia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3).
 - f. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
 - g. pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).
3. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

92. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
 - b. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
 - c. pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
 - d. pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
 - e. pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

93. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
 - b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
 - c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
 - d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

94. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
 - b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
 - c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
 - d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
 - e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

95. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
 - b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
 - c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
 - d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
 - e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30a F39);
 - f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
 - g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).

96. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:
 - a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
 - b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
 - c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maniaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
 - d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

NOTA N.º 876/2013/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS

Assunto: Diretriz de Utilização de Genética para os procedimentos de Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH, constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 338/2013.

Ao longo do processo de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde realizada em 2013, que culminou com a aprovação e publicação da Resolução Normativa nº. 338/2013, com entrada em vigor prevista para o dia dois de janeiro de 2014, foram realizadas várias reuniões e debates para o aprimoramento e redefinição dos critérios de cobertura dos procedimentos Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH.

Conforme observações contidas nos itens 2 e 49 do Anexo II da Resolução Normativa nº. 338/2013, abaixo transcritas, foi estabelecido o prazo até 02 de janeiro de 2014 para publicação de nota técnica com os critérios referentes à assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização dos procedimentos de Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH.

OBSERVAÇÕES CONTIDAS NOS ITENS 2 E 49 DO ANEXO II DA RN 338/2013

(...)

a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização disponibilizadas através de Nota Técnica, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;

(...)

OBS: Excepcionalmente para o item "a" desta Diretriz, fica concedido o prazo até 02 de janeiro de 2014 para publicação de nota técnica com as diretrizes acima referidas.

Para a definição dos mencionados critérios foram realizadas reuniões com a participação da Associação Médica Brasileira - representada pela Sociedade Brasileira de Genética Médica, do Ministério da Saúde - representado pelo INCA/Fiocruz, Fenasaúde, Abramge, Unimed do Brasil e técnicos da GGRAS/DIPRO/ANS. Como resultado do processo foram consensuados critérios para 22 itens da Diretriz de Utilização dos Procedimentos de Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH, constantes do Anexo II da RN no. 338/2013, que correspondem a 29 patologias.

O objetivo do estabelecimento dos critérios para os 22 itens abaixo listados é o uso adequado das tecnologias nos procedimentos, já constantes do rol “Análise molecular de DNA” e “Pesquisa de Microdeleções e Microduplicações por FISH”, permitindo a elegibilidade de pacientes que irão se beneficiar desses procedimentos e a utilização desses recursos de forma racional. Para tanto, fica definida a utilização dos procedimentos, conforme o Anexo da presente nota.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ANÁLISE MOLECULAR DE DNA E PESQUISA DE MICRODELEÇÕES E MICRODUPLICAÇÕES POR FISH - FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION

1. ADRENOLEUCODISTROFIA
2. ATAXIA DE FRIEDREICH
3. CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS - GENES BRCA1 E BRCA2
4. DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA
5. DISPLASIA CAMPOMÉLICA
6. DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I E II
7. HEMOCROMATOSE
8. HEMOFILIA A
9. HEMOFILIA B
10. MUCOPOLISSACARIDOSE
11. NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA – MEN2
12. OSTEOGÊNESE IMPERFEITA
13. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR
14. POLIPOSE ASSOCIADA AO MUTYH
15. SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI
16. SÍNDROMES DE DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL ASSOCIADA A ANOMALIA CONGÊNITA SEM DIAGNÓSTICO RECONHECIDO CLINICAMENTE
17. SÍNDROMES DE DELEÇÕES SUBMICROSCÓPICAS RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE
18. SÍNDROME DE HIPOFOSFATASIA
19. SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO HEREDITÁRIO (HNPCC)
20. SÍNDROME DE NOONAN
21. SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN
22. DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA - FOP)

1. ADRENOLEUCODISTROFIA

1. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo masculino com manifestações clínicas (forma cerebral infantil, adolescente e do adulto, adrenomieloneuropatia e doença de Addison) e diagnóstico bioquímico (dosagem de ácidos graxos de cadeia muito longa).
2. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo feminino com manifestações clínicas de adrenomieloneuropatia com diagnóstico bioquímico (dosagem de ácidos graxos de cadeia muito longa) inconclusivo.
3. Cobertura obrigatória em crianças do sexo masculino assintomáticas cuja mãe possua diagnóstico molecular confirmado de heterozigota para adrenoleucodistrofia.
4. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de mulheres assintomáticas (parentes de 1o., 2o. e 3o. graus do caso índice na família), com o diagnóstico molecular de adrenoleucodistrofia no caso índice na família.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já foi identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene ABCD1 para ambos os sexos.

2. ATAXIA DE FRIEDREICH

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de pacientes de ambos os sexos com ataxia progressiva e sem padrão de herança familiar autossômica dominante, quando preenchido pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. Perda de propriocepção;
 - b. Arreflexia;
 - c. Disartria;
 - d. Liberação piramidal (Babinski);
 - e. Miocardiopatia;
 - f. Alterações eletroneuromiográficas;
 - g. Resistência à insulina ou diabetes;
 - h. Atrofia cerebelar em ressonância nuclear magnética.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Pesquisa de mutação dinâmica por expansão de trinucleotídeos GAA no íntron 1 do gene FXN por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com ou sem polimorfismo de comprimento dos fragmentos de restrição (RFLP) em gel de agarose ou por eletroforese capilar.

3. CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS - GENE BRCA1/BRCA2

1. Cobertura obrigatória para mulheres com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. Que apresentem dois parentes de 1o. ou 2o. graus do mesmo lado da família com diagnóstico de câncer de mama abaixo de 50 anos (destes pelo menos um deve ser parente de 1o. grau)*;
 - b. Que apresentem três parentes de 1o. ou 2o. graus do mesmo lado da família com diagnóstico de câncer de mama abaixo de 60 anos (destes pelo menos um deve ser parente de 1o. grau)*;
 - c. Que apresentem quatro parentes com qualquer grau de parentesco do mesmo lado da família com diagnóstico de câncer de mama em qualquer idade (destes pelo menos um deve ser parente de 1o. grau)*.

* No caso de câncer de mama bilateral ou duas neoplasias primárias na mesma mama, cada um dos tumores conta como um indivíduo.
2. Cobertura obrigatória para mulheres com diagnóstico atual ou prévio de câncer de ovário em qualquer idade nas seguintes situações:
 - a. com diagnóstico de câncer de mama na mesma paciente em qualquer idade;
 - b. com um parente de 1o. ou 2o. graus com diagnóstico de câncer de mama abaixo de 50 anos;
 - c. com dois parentes de 1o. ou 2o. graus do mesmo lado da família com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 60 anos;
 - d. com um parente em qualquer grau de parentesco com diagnóstico de câncer de ovário em qualquer idade;
3. Cobertura obrigatória para homens com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama em qualquer idade nas seguintes situações:
 - a. com um parente de 1o. ou 2o. graus com diagnóstico de câncer de mama abaixo de 50 anos;
 - b. com dois parentes de 1o. ou 2o. graus do mesmo lado da família com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 60 anos.
4. Cobertura obrigatória para pacientes de origem judaica Ashkenazi com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama com menos de 50 anos ou ovário em qualquer idade e com parente de qualquer grau com diagnóstico de câncer de mama ou ovário em qualquer idade.
5. Cobertura obrigatória para pacientes assintomáticos independente do sexo, sem diagnóstico de câncer de ovário e/ou mama quando tiver sido identificada a mutação causadora da doença no caso índice (parentes de 1o., 2o. e 3o. graus).

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos de pacientes enquadradas nos itens 1, 2 e 3:
 - a. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene BRCA1*;

b. No caso em que o diagnóstico não tenha sido confirmado através do item acima, realizar Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene BRCA2*;

*Para homens com diagnóstico de câncer de mama ou pacientes de qualquer sexo com tumor triplo negativo (para receptor de estrógeno, progesterona e HER2), realizar inicialmente o sequenciamento de BRCA2 e, caso não seja encontrada a mutação, realizar BRCA1.

c. No caso em que o diagnóstico não tenha sido confirmado através dos itens acima, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para pesquisa de rearranjos.

2. Nos casos de pacientes enquadradas no item 4:

a. Cobertura é obrigatória apenas para a análise das mutações 6174delT no gene BRCA2 e 185delAG, 5382insC no gene BRCA1. No caso de pacientes em que estas mutações forem negativas, a(o) paciente deverá atender a um dos outros critérios de indicação desta diretriz para a realização da análise dos genes BRCA1 ou BRCA2.

3. Nos casos de pacientes enquadradas no item 5:

a. Realizar apenas a pesquisa da mutação específica já detectada.

* Obs: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas nos genes BRCA1 ou BRCA2, mesmo que assintomáticos, a mastectomia e a salpingo-ooforectomia profiláticas, bem como a reconstrução das mamas são de cobertura obrigatória da mesma forma que a cobertura prevista para pacientes com diagnóstico de câncer, quando indicado pelo médico assistente.

4. DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou doença hepática crônica ou paniculite necrosante ou vasculite com anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos positivo (ANCA) ou bronquiectasia, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. níveis plasmáticos diminuídos de Alfa-1 Antitripsina;
- b. presença de inclusões intra-hepáticas positivas para ácido periódico-schiff (PAS);
- c. presença de enfisema localizado em lobos inferiores em radiografia ou tomografia de tórax em pacientes com menos de 45 anos.

Método de análise:

1. Pesquisa das variantes S e Z por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com ou sem polimorfismo de comprimento dos fragmentos de restrição (RFLP) em gel de agarose ou por eletroforese capilar do gene SERPINA1.

5. DISPLASIA CAMPOMÉLICA

1. Cobertura obrigatória para recém-nascidos e crianças que apresentem displasia óssea e encurtamento de membros, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. alterações nos achados clínicos e radiológicos sugestivos (macrocrania com fronte ampla e/ou arqueamento do fêmur ou tibia e/ou hipoplasia de escápula e/ou hipoplasia de púbis e/ou asas ilíacas estreitas e verticalizadas e/ou deformidades de mãos e pés e/ou platispondilia cervical e/ou tórax estreito e/ou hipomineralização do esterno e/ou braquidactilia e/ou sequência de Pierre Robin);
- b. sexo reverso ou genitália ambígua.

Método de análise:

1. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos três éxons e das regiões de transição éxon/intron do gene SOX9.

6. DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I E II

1. Cobertura obrigatória para pacientes com fraqueza muscular ou miotonia que apresente a forma clássica ou tardia, com ou sem história familiar quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. Alterações eletroneuromiográficas;
 - b. Alterações eletrocardiográficas;
 - c. Alterações nos níveis de CK sérica;
 - d. Intolerância a glicose ou diabetes;
 - e. Hipogonadismo;
 - f. Catarata.
2. Cobertura obrigatória para pacientes com fraqueza muscular ou hipotonia grave sugestivos da forma infantil ou congênita, com história materna de Distrofia Miotônica.
 3. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º grau ou 2º grau de caso confirmado através de diagnóstico molecular quando houver previsão de procedimento cirúrgico com anestesia geral.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Pesquisa de mutação dinâmica por expansão de trinucleotídeos CTG no íntron 1 do gene DMPK por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com ou sem polimorfismo do comprimento dos fragmentos de restrição (RFLP) em gel de agarose ou eletroforese capilar ou Método de Southern Blot.
2. No caso de pacientes com a forma clássica ou tardia em que o diagnóstico não tenha sido confirmado através do item acima, realizar pesquisa de mutação dinâmica por expansão de repetições CCTG no íntron 1 do gene ZNF9 por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com ou sem polimorfismo dos fragmentos de restrição (RFLP) em gel de agarose ou eletroforese capilar ou Método de Southern Blot.

7. HEMOCROMATOSE

1. Cobertura obrigatória para confirmação diagnóstica em pacientes nos quais as causas secundárias de sobrecarga de ferro tiverem sido excluídas e haja persistência de índice de saturação de transferrina maior que 45% em pelo menos duas dosagens.

Método de análise:

1. Detecção de mutações nos alelos C282Y e H63D do gene HFE por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com ou sem polimorfismo do comprimento dos fragmentos de restrição (RFLP) ou PCR multiplex.

8. HEMOFILIA A

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético, de pacientes do sexo masculino e com diagnóstico bioquímico de hemofilia no caso em que parentes de 1o. e 2o. graus do sexo feminino da linhagem materna tenham desejo de engravidar.
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora assintomática – doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do diagnóstico molecular do caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. No caso da forma grave de hemofilia, realizar:
 - a. PCR longa (Long-range PCR) ou PCR inversa (Inverse-shifting IS-PCR) para a detecção da inversão do íntron 22;
 - b. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos 26 éxons do gene F8.
3. No caso da forma leve ou moderada de hemofilia, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos 26 éxons do gene F8.

9. HEMOFILIA B

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético, de pacientes do sexo masculino e com diagnóstico bioquímico de hemofilia no caso em que parentes de 1º e 2º graus do sexo feminino da linhagem materna tenham desejo de engravidar.
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora assintomática de doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do diagnóstico molecular do caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos 8 éxons do gene F9.

10. MUCOPOLISSACARIDOSE

1. Cobertura obrigatória de pacientes de ambos os sexos com diagnóstico enzimático de mucopolissacaridose I (alfa-L-iduronidase- gene IDUA) para aconselhamento genético de parentes de 1º e 2º graus com desejo de engravidar com finalidade de diagnóstico pré-natal.
2. Cobertura obrigatória de pacientes do sexo masculino com diagnóstico enzimático de mucopolissacaridose II (iduronato-2- sulfatase/gene IDS) para aconselhamento genético de parentes da linhagem materna de 1º, 2º e 3º graus com desejo de engravidar.
3. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético de mulheres assintomáticas com história familiar de parentes de 1º, 2º e 3º graus do sexo masculino com mucopolissacaridose II e mutação patogênica identificada.
4. Cobertura obrigatória de feto de ambos os sexos em risco para mucopolissacaridose tipo I, quando a mutação do caso índice for conhecida.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. No caso em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa de mutação específica.
2. Para os casos do item 1, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene correspondente à mucopolissacaridose de acordo com análise enzimática identificada.
3. Para MPS II, caso o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene IDS não detecte alterações, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para pesquisa de deleções.
4. Para mulheres em risco de serem portadoras de MPS II, com Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger e MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) normais, realizar pesquisa de rearranjo entre o gene IDS e o pseudogene IDS2.

11. NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA – MEN2

1. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de câncer medular de tireóide com ou sem história familiar.
2. Cobertura obrigatória para pacientes que preencham pelo menos um dos critérios do Grupo I e do Grupo II *:

Grupo I

Pacientes com diagnóstico de:

- a. Feocromocitoma;
- b. Neuroma da mucosa oral (boca ou língua);
- c. Adenoma de paratireóide;
- d. Hábito marfanóide.

Grupo II

Parentes de 1o. e 2o. graus com diagnóstico de:

- a. Carcinoma medular de tireóide;
- b. Feocromocitoma;
- c. Neuroma da mucosa oral (boca ou língua);
- d. Adenoma de paratireóide;
- e. Hábito marfanóide.

*exceto em pacientes que apresentem apenas hábito marfanóide isoladamente nos Grupos I e II.

3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiares de 1o. e 2o. graus após o diagnóstico molecular do caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15 e 16 do gene RET.

Obs: Nos pacientes assintomáticos em que forem encontradas mutações patogênicas no gene RET a tireoidectomia profilática é de cobertura obrigatória, quando indicada pelo médico assistente.

Referência:

Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Câncer Medular de Tireóide : Tratamento – 31/01/2011

12. OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de pacientes sintomáticos com quadro clínico e radiológico compatível com alguma das formas de apresentação da doença com ou sem histórico familiar, com dosagem sérica de cálcio e fósforo normais e fosfatase alcalina normal ou aumentada quando os seus genitores ou o indivíduo sintomático tenham desejo de engravidar.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Pesquisa da mutação única c-14C-T por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) do gene IFITM5, apenas nos casos em que houver calcificação da membrana interóssea do antebraço ou perna, deslocamento da cabeça do rádio ou calo ósseo hiperplásico.
2. Nos casos não enquadrados no item acima, realizar Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene COL1A1.
3. Se o item anterior for negativo, realizar Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene COL1A2.

13. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

1. Cobertura obrigatória para pacientes com a forma não clássica de Polipose Adenomatosa familiar caracterizada pela presença de menos de cem pólipos, quando:
 - a. o diagnóstico diferencial com Polipose Adenomatosa associada ao MUTYH (autossômica recessiva) não for conclusivo a partir de critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos;

- b. o diagnóstico diferencial com Síndrome Lynch não for conclusivo a partir de critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos.
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de pacientes com a forma clássica de Polipose Adenomatosa Familiar em que o diagnóstico molecular seja necessário para avaliação de risco da prole.
3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiares de 1o. e 2o. graus após o diagnóstico molecular de mutação patogênica no caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Nos casos não enquadrados no item acima, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene APC.
3. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através do item anterior, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification).

Obs: Nos pacientes com polipose adenomatosa a colectomia é de cobertura obrigatória, quando indicada pelo médico assistente.

14. POLIPOSE ASSOCIADA AO MUTYH

1. Cobertura obrigatória para paciente com menos de 60 anos com múltiplos adenomas sincrônicos colorretais quando o diagnóstico diferencial de PAF -Polipose Adenomatosa Familiar (padrão de herança autossômica dominante) não for conclusivo a partir de critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos.
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de irmãos de pacientes que já tenha mutação patogênica identificada no gene MUTYH.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MUTYH.

15. SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com atraso do desenvolvimento e suspeita clínica de Síndrome de Angelman ou Síndrome de Prader-Willi, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. presente cariótipo normal;
 - b. manifestações clínicas da doença (fenótipo).
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiar de 1º grau assintomático do caso índice com diagnóstico molecular de mutação no gene UBE3A (para Síndrome de Angelman).

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Para confirmação diagnóstica em pacientes sintomáticos com suspeita de Síndrome de Angelman ou Síndrome de Prader-Willi, realizar teste de metilação da região cromossômica do gene SNRPN (15q11.2):
 - a. Se metilação alterada, realizar FISH (Hibridação In Situ Fluorescente) ou MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para pesquisa de deleção da região 15q11.2

- b. Se FISH (Hibridação In Situ Fluorescente) ou MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) forem normais, realizar Análise de Microssatélites para pesquisa de dissomia uniparental da região 15q11.2.
3. Para confirmação diagnóstica em pacientes sintomáticos com suspeita de Síndrome de Angelman e teste de metilação normal, realizar a pesquisa de mutações nos éxons do UBE3A por Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger.

16. SÍNDROMES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ASSOCIADA A ANOMALIA CONGÊNITA SEM DIAGNOSTICO RECONHECIDO CLINICAMENTE

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com cariótipo normal e suspeita clínica de anomalias cromossômicas submicroscópicas quando preenchidos pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. Deficiência intelectual ou atraso neuropsicomotor;
 - b. Presença de pelo menos uma anomalia congênita maior ou pelo menos três menores;
 - c. Baixa estatura ou déficit pondero-estatural.
2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com cariótipo alterado quando preenchidos um dos seguintes critérios:
 - a. Cromossomo marcador;
 - b. Translocações ou inversões cromossômicas aparentemente balanceadas identificadas pelo cariótipo com fenótipo anormal;
 - c. Presença de material cromossômico adicional de origem indeterminada.
3. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético dos pais em que tenha sido identificada uma variação no CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa) por provável micro-rearranjo (translocação equilibrada ou inversões) no caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

Nos pacientes enquadrados nos itens 1 e 2:

1. Realizar CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) do caso índice.
2. Em caso de se identificar uma variante de significado incerto, a cobertura será obrigatória de CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) dos pais do caso índice.

Nos pacientes enquadrados no item 3:

1. Realizar cariótipo.
2. Nos casos em que o diagnóstico não for confirmado através do item anterior, realizar FISH (Hibridação In Situ Fluorescente).

17. SÍNDROMES DE DELEÇÕES SUBMICROSCÓPICAS RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com suspeita clínica de Wolf-Hirschhorn (del4p) ou Cri du Chat (del5p) ou Deleção 1p36 ou Smith-Magenis (del17p11) ou Deleção 22q11 ou Miller-Dieker (del17p13) ou WAGR (del11p13), quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. apresente cariótipo normal;
 - b. manifestações clínicas da doença (fenótipo).
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiar assintomático com cariótipo normal e que possuam parentes de 1 e 2 graus com diagnóstico molecular ou citogenético (Cariótipo ou FISH - Hibridação In Situ Fluorescente) de Wolf-Hirschhorn (del4p) ou Cri du Chat (del5p) ou Deleção 1p36 ou Smith-Magenis (del17p11) ou Deleção 22q11 ou Miller-Dieker (del17p13) ou WAGR (del11p13).

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. A tecnologia utilizada para o teste deve ser projetada para detectar a deleção da região crítica para a doença por FISH (Hibridação In Situ Fluorescente) ou MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification).
2. Nos casos em que o diagnóstico não tenha sido confirmado através dos métodos analíticos anteriores, realizar CGH- Array (Hibridação Genômica Comparativa).

18. SÍNDROME DE HIPOFOSFATASIA

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de pacientes sintomáticos com quadro clínico e radiológico compatível com alguma das formas de apresentação da doença com ou sem histórico familiar, com dosagem sérica de fosfatase alcalina diminuída, quando os seus genitores ou o indivíduo sintomático desejarem uma gestação.

Método analítico:

1. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene TNSAP.

19. SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO HEREDITÁRIO (HNPCC)

1. Cobertura obrigatória para pacientes que preencham um dos critérios abaixo:

Critérios de Bethesda

- a. paciente diagnosticado com câncer colorretal com menos de 50 anos;
- b. presença de tumores colorretais sincrônicos, metacrônicos ou outras neoplasias extracolônicas associadas a HNPCC diagnosticadas em qualquer idade;
- c. paciente diagnosticado com câncer colorretal com instabilidade de microssatélites de alto grau (MSI-H) diagnosticado com menos de 60 anos;
- d. paciente diagnosticado com câncer colorretal com um ou mais parentes de primeiro grau acometidos por neoplasias associadas a HNPCC, sendo uma destas diagnosticada antes dos 50 anos;
- e. paciente diagnosticado com câncer colorretal com dois ou mais parentes de primeiro grau acometidos por neoplasias associadas a HNPCC independentemente da idade.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de câncer de colorretal, reto, endométrio, trato urinário, intestino delgado, trato biliar, ovário ou estômago desde que preenchidos todos os critérios de Amsterdam II para a história familiar.

Critérios de Amsterdam II

- a. 3 membros do mesmo lado da família, dois dos quais sejam parentes de 1º grau, com câncer colorretal, reto, endométrio, trato urinário, intestino delgado, trato biliar, ovário ou estômago;
- b. 2 gerações sucessivas acometidas;
- c. 1 desses familiares com câncer diagnosticado com menos de 50 anos;
- d. Excluído o diagnóstico de polipose adenomatosa familiar.

3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiares de 1o. e 2o. graus após o diagnóstico molecular de mutação patogênica no caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação já foi identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. No caso de pacientes enquadrados no item 1:
 - a. Iniciar com a realização de Pesquisa de Instabilidade de Microssatélites;
 - b. No caso em que o diagnóstico de HNPCC tenha sido estabelecido através do item acima, realizar imunohistoquímica;
 - c. Conforme o resultado do exame anterior, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene responsável pela produção da proteína ausente segundo a imunohistoquímica;

- d. No caso em que a imunohistoquímica não for capaz de identificar o gene, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MSH2;
 - e. No caso em que o diagnóstico não tenha sido estabelecido através do item acima, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MLH1;
 - f. No caso em que o diagnóstico não tenha sido estabelecido através do item acima, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MSH6.
3. No caso de pacientes enquadrados no item 2:
- a. Iniciar com a realização de imunohistoquímica;
 - b. Conforme o resultado do exame anterior, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene responsável pela produção da proteína ausente segundo a imunohistoquímica;
 - c. No caso em que a imunohistoquímica não for capaz de identificar o gene, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MSH2;
 - d. No caso em que o diagnóstico não tenha sido estabelecido através do item acima, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MLH1;
 - e. No caso em que o diagnóstico não tenha sido estabelecido através do item acima, realizar o Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene MSH6.

20. SÍNDROME DE NOONAN

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com ou sem histórico familiar da doença, quando restar dúvida diagnóstica após avaliação clínica, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. cariótipo normal;
 - b. manifestações clínicas da doença (fenótipo).

Método de análise utilizado de forma escalonada:

- 1. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene PTPN11.
- 2. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene SOS1.
- 3. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene RAF1.
- 4. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene RIT1.
- 5. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene KRAS.

21. SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com suspeita de Williams-Beuren (del7q11) que apresentem manifestações clínicas da doença (fenótipo).

Método de análise utilizado de forma escalonada:

- 1. Preferencialmente por MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification), ou FISH (Hibridação In Situ Fluorescente) quando o MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) não estiver disponível.
- 2. No caso em que o diagnóstico não tenha sido confirmado através da Hibridação in situ fluorescente (FISH), realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification).

22. DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA - FOP)

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com deficiência intelectual, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou autismo apresentando pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. história familiar positiva de deficiência intelectual na linhagem materna;
 - b. características físicas ou comportamentais sugestivas da síndrome do X frágil.
2. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo feminino com falência ovariana antes dos 40 anos (prematura) sem causa definida.
 3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com mais de 50 anos de idade com quadro de ataxia cerebelar progressiva e tremor de intenção com história familiar positiva de doenças relacionadas ao FMR1 e cujas causas comuns não genéticas de ataxia tenham sido excluídas.
 4. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º, 2º ou 3º grau de caso confirmado através de diagnóstico molecular.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Pesquisa de mutação dinâmica por expansão de trinucleotídeos CGG no gene FMR1 por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) por polimorfismo de comprimento dos fragmentos de restrição em gel de agarose ou por eletroforese capilar.
2. Em caso de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) sugestivo de mutação completa ou pré-mutação grande, confirmar por Método de Southern blot.

NOTAS:

1. As enfermidades que não estão contempladas neste Anexo possuem cobertura obrigatória no item “b”, desde que cumpridos os requisitos contidos nas Diretrizes de Utilização dos procedimentos Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por FISH (Fluorescence In Situ Hybridization), conforme Anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013.
2. Os exames realizados por técnicas de pesquisas em painel, tais como PCR Multiplex, CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa), MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) e Sequenciamento completo de todos os éxons do Genoma Humano, não estão contemplados no item “b” das Diretrizes de Utilização dos procedimentos Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por FISH (Fluorescence In Situ Hybridization), conforme Anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013.
3. Os exames realizados por técnicas de pesquisas em painel, tais como PCR Multiplex, CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa), MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) somente possuem cobertura obrigatória quando preencherem os critérios do item “a” das Diretrizes de Utilização dos procedimentos Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por FISH (Fluorescence In Situ Hybridization), conforme Anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013, conforme listado no Anexo da Nota 876/2013.

REFERÊNCIAS:

1. Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar – versão preliminar / organizado por Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Primeiras_Diretrizes_Clinicas.pdf
2. Clinical Utility Gene Card: European Journal of Human Genetics. http://www.nature.com/ejhg/archive/categ_genecard_012013.html
3. GeneReviews™. Pagon RA, Adam MP, Bird TD, et al., editors. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116/>
4. Clinical guideline 41 Familial breast cancer: the classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care. National Institute for Health and Clinical Excellence/National Health System. London. October 2006
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg41niceguidance.pdf>
5. OMIM® Online Mendelian Inheritance in Man® An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders Updated 6 December 2013
<http://www.omim.org/>
6. Aoki et al., 2005; Bertola et al., 2005; Carta et al., 2006; Cordeddu et al., 2009; De Luca et al., 2005; Digilio et al., 2002; Martinelli et al., 2010; Musante et al., 2003; Nava et al., 2007; Pandit et al., 2007; Razzaque et al., 2007; Rodriguez-Viciana et al., 2006; Sarkozy et al., 2009; Seishima et al., 2007; Tartaglia et al., 2007; Zenker et al., 2004; Zenker et al., 2007a; Zenker et al., 2007b Gain-of-function mutations in RIT1 cause Noonan syndrome, a RAS/MAPK pathway syndrome. Am J Hum Genet. 2013 Jul 11;93(1):173-80. doi: 10.1016/j.ajhg.2013.05.021. Epub 2013 Jun 20

ANEXO III DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013 (Vigente a partir de 02/01/2014)

O Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I.

DIRETRIZES CLÍNICAS

1. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO
2. CONSULTA – PUERICULTURA
3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

1. Assistência ao Trabalho de Parto

AUTORIA:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

ELABORAÇÃO FINAL:

25 de maio de 2009

PARTICIPANTES:

Parpinelli MA, Surita FG, Pacagnella RC, Simões R

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

A revisão bibliográfica de artigos científicos dessa diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE, Cochrane e SciELO. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (MeSH terms) agrupadas nas seguintes sintaxes: (pregnancy OR delivery ,obstetric OR labor stage) AND pregnancy, prolonged AND cardiotocography AND fetal heart rate AND auscultation AND episiotomy AND (Amniotomy OR Amnion/surgery) AND Labor, Obstetric AND (partogram OR partograph) AND analgesia, obstetrical AND labor induced AND trial of labor AND cesarean section AND perinatal mortality AND fetal macrossomia AND pregnancy outcome

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais

OBJETIVOS:

Examinar as principais condutas na assistência ao parto à luz das melhores evidências disponíveis.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Embora no século XX a atitude expectante frente à parturiente tenha sido transferida para o espaço hospitalar, que possui as condições propícias para a prática de intervenções médicas, o incremento da utilização de procedimentos e rotinas cirúrgicas nem sempre foi acompanhado de evidências científicas claras de benefício à mulher e ao conceito.

Alguns recursos técnicos rotineiramente utilizados, muitas vezes reforçados em detrimento da humanização do trabalho de parto, por vezes se mostraram prejudiciais à evolução natural e saudável deste. A qualidade da assistência ao trabalho de parto deve atender às necessidades de cada mulher, mas sempre deve estar respaldada pela evidência científica mais atual.

Dessa forma, a revisão constante desses procedimentos é imprescindível dentro do atual entendimento da Medicina Baseada em Evidências. Nesse sentido, apresenta-se uma revisão de alguns dos mais frequentes procedimentos realizados na prática clínica e discutem-se algumas das práticas obstétricas vigentes, com o objetivo de iluminar a assistência ao trabalho de parto com base nas melhores evidências científicas disponíveis atualmente.

1. EXISTE BENEFÍCIO EM SE REALIZAR A MONITORIZAÇÃO CARDIOTOCGRÁFICA CONTÍNUA INTRAPARTO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO?

A monitorização cardiocardiográfica ou cardiocardiografia (CTG) contínua é a avaliação contínua através de monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, isto é, mantida durante o primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, enquanto a monitorização intermitente é feita de maneira contínua somente no segundo estágio do trabalho de parto, sendo que no primeiro estágio é mantida por apenas 15 a 30 minutos a cada 2 horas.

Avaliando-se parturientes com baixo ou moderado risco obstétrico, incluindo trabalho de parto não complicado pré-termo (33 a 36 semanas de gestação) ou pós-termo (\geq que 42 semanas de gestação), observou-se que, mediante a monitorização contínua no primeiro estágio do trabalho de parto, é encontrado um maior número de características suspeitas na monitorização da frequência cardíaca fetal, entretanto o número de monitoragens alteradas caracterizadas por frequência cardíaca fetal < 100 bpm ou > 170 bpm, característica sinusoidal ou desacelerações variáveis tardias e prolongadas, mostram-se similar entre a monitorização contínua e a intermitente 6,6% e 6,3% respectivamente (IC 95% - 0,018 – 0,012)¹(A). Observando-se as condições do neonato, não se avalia diferença significativa com relação ao índice de Apgar < 7 no 5º minuto (0,1% versus 0,4%) ou admissão em unidade de UTI neonatal (2,1% versus 2,9%) para monitorização intermitente e contínua respectivamente¹(A).

A avaliação de gestantes, com feto único e vivo, idade gestacional ≥ 26 semanas, admitidas em trabalho de parto espontâneo ou para indução do trabalho de parto, quando monitorizadas para avaliação da frequência cardíaca fetal por meio da cardiocardiografia realizada a cada 15 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto e a cada 5 minutos durante o segundo estágio do trabalho de parto, em comparação à ausculta intermitente realizada antes e imediatamente após as contrações pelo período de 1 minuto, com o emprego de dispositivo Doppler, observa-se um maior número de indicações de cesarianas por padrão anormal da frequência cardíaca fetal, 5,3% utilizando-se a cardiocardiografia, ante 2,3% para a ausculta intermitente²(B). Entretanto, não é observada diferença estatisticamente significativa, entre os dois métodos de monitorização da frequência cardíaca fetal com relação aos resultados neonatais tais como índice de Apgar < 7 no 10 e 50 minutos e pH arterial de cordão umbilical $< 7,1$ ²(B).

Recomendação:

A realização da cardiocardiografia contínua em gestações de baixo risco pode aumentar a indicação de cesariana por sofrimento fetal sem diferença estatisticamente significativa nos resultados neonatais.

2. QUAL A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR A CARDIOTOCGRAFIA EXTERNA NA AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL NO INÍCIO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO?

A cardiocardiografia (CTG) utilizada no início do trabalho de parto pode ser usada como método de screening para avaliação da vitalidade fetal em gestações de baixo risco.

Avaliando-se parturientes, de baixo risco obstétrico com gestação a termo variando de 37 a 42 semanas em apresentação cefálica e sem fatores de risco à admissão, observa-se que mediante exame cardiocardiográfico reativo, caracterizado pela presença de duas acelerações maiores a 15 batimentos por minuto pelo período maior do que 15 segundos em 20 minutos de exame, as taxas de sofrimento fetal avaliadas pelo pH de couro cabeludo $< 7,2$, índice de Apgar < 7 no 50 minuto e ou pH arterial de cordão umbilical $< 7,15$, ocorrem em 0,9% dos casos. Avaliando-se traçados cardiocardiográficos anormais, caracterizados como linha de base com variabilidade menor do que cinco batimentos por minuto, presença de desacelerações tardias ou variáveis com duração maior do que 60 segundos ou desacelerações maiores do que 60 bpm da linha de base observa-se maior número de casos de sofrimento fetal, totalizando 50%³(B).

Em vista de tais resultados, observa-se que a realização da cardiocardiografia em parturientes de baixo risco obstétrico, apresenta-se como método simples e conveniente, que pode detectar ainda na admissão o sofrimento fetal, evitando-se dessa maneira um atraso de intervenção.

Recomendação:

O emprego da cardiocardiografia (CTG) na admissão da parturiente tem sido uma prática cada vez mais utilizada nos serviços onde existe a disponibilidade do exame, chegando a ser rotina em muitas maternidades. Entretanto, não existe evidência suficiente para indicar ou abolir o exame de CTG na admissão da gestante em trabalho de parto. Como alguns

estudos apontam para um seguimento do trabalho de parto mais tranquilizador quando a cardiocografia da admissão é normal e também para resultados neonatais potencialmente desfavoráveis quando a mesma está alterada, sugerimos que o exame seja realizado onde haja facilidade para esse procedimento.

3. QUAL A IMPORTÂNCIA DO PARTOGRAMA NA CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO?

Embora a utilização do partograma como método de representação gráfica da evolução do trabalho de parto seja amplamente disseminada no mundo todo, existem poucos estudos comparando o uso do partograma com a sua não utilização.

Observa-se que em um centro hospitalar terciário com fluxo de atendimento de cerca de 50% de parturientes com risco perinatal, a utilização do partograma com linhas de alerta e ação, em nuligestas, na ausência de complicações obstétricas, com gestação a termo e feto único e cefálico comparado ao acompanhamento do trabalho de parto feito com anotações escritas no prontuário em mulheres nas mesmas condições, não demonstra diferença nas taxas de cesárea (cerca de 25% quando da realização de anotações escritas e 24% mediante a utilização do partograma - IC 95% - 0,046 – 0,032)⁴(A). Além disso, não se observa diferença nas taxas de parto vaginal operatório, 31% versus 30% respectivamente; na realização da amniotomia (54,1% contra 53,7%); na média de exames vaginais após 2,0 cm de dilatação (quatro em ambos os grupos) e desfechos neonatais como o índice de Apgar < 7 no 1º e 5º minutos, admissão em UTI e uso de antibióticos⁴(A).

Em contrapartida, ao se avaliar a condução do trabalho de parto em parturientes de baixo risco obstétrico feita por enfermeiras obstétricas munidas do partograma observa-se uma diminuição no número de trabalho de parto prolongado (2,6% com emprego do partograma e 6,8% quando da não utilização - IC 95% - 0,009 – 0,075). Além disso, é encontrado um aumento no número de encaminhamentos quando utilizado o partograma. Entretanto, não é observada diferença com relação às taxas de cesárea⁵(B).

Recomendação:

Levando-se em consideração as taxas de cesárea, não se observa diferença significativa comparando-se a utilização do partograma à anotação escrita⁴(A).

Contudo, a utilização do partograma apresenta-se como ferramenta extremamente barata, de fácil utilização e apresentação gráfica para anotação da evolução do trabalho de parto, funcionando como orientador para a formação dos profissionais de saúde e facilitando transferências hospitalares, não devendo ser o seu uso desestimulado⁶(D).

4. EXISTE BENEFÍCIO EM SE REALIZAR A AMNIOTOMIA PRECOCE PARA A ABREVIÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO?

A amniotomia, rotura artificial das membranas amnióticas com a intenção de acelerar o progresso do trabalho de parto, está entre os procedimentos mais realizados na prática obstétrica. No entanto, a sua indicação permanece controversa. Apesar de permitir uma monitorização direta do fluido amniótico, tal intervenção está associada a desvantagens, tais como o aumento na deformação da cabeça fetal determinando, por conseguinte, alterações na característica da frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão, esta última resultante da realização da amniotomia em apresentações altas.

Observa-se que a realização da amniotomia em primíparas com gestação a termo, e admitidas com dilatação cervical inferior a 6,0 cm, determina diminuição na duração total do trabalho de parto em torno de 155 minutos⁷(A). Quando praticada durante o primeiro estágio do trabalho de parto, encontra-se redução de aproximadamente 155 ± 40 minutos⁸(A). Ao final, observa-se uma redução média no tempo total do trabalho de parto de aproximadamente 170 minutos quando da realização da amniotomia⁸(A).

Entretanto, no trabalho de parto disfuncional em parturientes com gestação a termo, apresentação cefálica com dilatação cervical ≥ a 3,0 cm e contrações uterinas regulares com duração de 20 segundos cada, diagnosticado por meio da utilização do partograma e identificado quando a evolução do trabalho de parto ultrapassa a linha de ação, não se observa diferença estatisticamente significativa na duração do trabalho de parto na comparação entre a amniotomia e a conduta expectante⁹(A). O mesmo é observado em primíparas, sem risco obstétrico e admitidas em trabalho de parto espontâneo¹⁰(A).

Recomendação:

Não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação do período de dilatação. Embora alguns estudos observem redução da duração do trabalho de parto, outros, de semelhante força de evidência, não observam tais achados.

5. A ANALGESIA DE CONDUÇÃO REALIZADA ANTES DE 3,0 CM DE DILATAÇÃO CERVICAL AUMENTA A CHANCE DE CESÁREA?

A realização da analgesia peridural precoce, indicada antes de 4,0 cm de dilatação, não eleva as taxas de cesárea. Avaliando-se o impacto da realização da analgesia peridural em dois momentos distintos da dilatação do colo uterino (ropivacaína 0,2% e fentanil 50 µg por cateter peridural na primeira solicitação materna, independentemente da dilatação cervical ou mediante solicitação materna somente com dilatação cervical superior a 4,0 cm) em nulíparas com pelo menos 36 semanas de gestação completas, admitidas em pleno trabalho de parto, espontâneo ou induzido, e com esvaecimento cervical de pelo menos 80%, não se observa diferença significativa nas taxas de cesárea (13% quando realizada com dilatação média de 2,4 cm e 11% com dilatação maior a 4,0 cm). Similarmente não é observada diferença significativa na indicação de cesárea por falha de progressão do trabalho de parto¹¹(A).

Quando analisadas nulíparas em trabalho de parto espontâneo e dilatação cervical menor que 4,0 cm, a utilização da técnica combinada espinhal-epidural, com o emprego de 25 µg de fentanil intratecal seguido da aplicação de analgesia peridural na primeira solicitação materna (nas doses de 15 ml em bolus de bupivacaína 0,625 mg/ml associado ao fentanil 2 µg/ml se dilatação cervical menor que 4,0 cm e 15 ml de bupivacaína 1,25 mg/ml se maior que 4,0 cm), quando comparada à administração de opióide sistêmico (risco C pela classificação do FDA tanto intramuscular quanto endovenoso) na primeira solicitação materna e analgesia peridural com dilatação do colo maior que 4,0 cm na segunda solicitação, não se observam taxas de cesáreas significativamente diferentes (17,8% para a analgesia intratecal comparada a 20,7% para a sistêmica com IC 95% - 0,086 – 0,028)¹²(A).

Recomendação:

A administração de analgesia peridural no início do trabalho de parto em nulíparas na primeira solicitação materna, comparado à sua utilização apenas com dilatação cervical de pelo menos 4,0 cm, não resulta em aumento nas taxas de cesárea¹¹(A). O mesmo pode ser observado com a utilização da analgesia sistêmica com opióides¹²(A).

6. EXISTE VANTAGEM NA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA DE ROTINA COMO NORMA DE CONDUTA NO PARTO, DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO?

A episiotomia tem sido rotineiramente realizada como componente do parto vaginal, visando minimizar o risco de trauma ao nascimento e evitar lesão do esfíncter anal. Entretanto, a utilização da episiotomia em primíparas com gestação a termo ≥ 37 semanas, apresentação cefálica, durante o período expulsivo não previne a mulher de lacerações perineais de terceiro ou quarto graus. Resultados apontam para a ausência de diferença na frequência de lesão perineal de terceiro e quarto graus mediante a realização da episiotomia de rotina quando comparada à restritiva, realizada quando a laceração torna-se iminente (8,1% e 10,9% respectivamente com IC 95% - 0,109 – 0,053)¹³(A). Entretanto, em primíparas com idade gestacional maior do que 28 semanas, a realização da episiotomia mediana de rotina determina lacerações de terceiro ou quarto graus em 14,3% enquanto que na indicação da episiotomia de maneira seletiva, isto é, somente realizada na iminência de laceração, encontra-se em torno de 6,8% (IC 95% - 1,18 – 3,81)¹⁴(A). Dito isto, tem-se, portanto um risco aumentado para laceração de terceiro ou quarto graus quando da indicação da episiotomia mediana de rotina com RR= 2,12¹⁴(A). Todavia, observa-se que a realização da episiotomia mediana restritiva acompanha-se de maior risco para a ocorrência de lacerações superficiais com 10,4% quando comparado a 2,2% na indicação de episiotomia de rotina (IC 95% - 0,08 - 0,56) e RR= 2,2¹⁴(A).

Com relação à análise dos desfechos secundários avaliados após seis semanas de pós-parto, tais como hemorragia pós-parto, percepção da dor, duração da hospitalização após o parto, sintomas urinários ou intestinais, taxa de cicatrização e complicações, não se observam diferenças entre as mulheres submetidas à episiotomia restritiva e de rotina¹³(A).

Quando se avaliam desfechos neonatais, não se encontram diferenças em baixos índices de Apgar dos neonatos, tanto no 1º quanto no 5º minuto, gasometrias umbilicais alteradas (pH < 7), trauma neonatal como contusões, abrasões cutâneas, paralisia do nervo facial, fraturas, hemorragia da retina, encefalopatia e céfalo-hematoma e admissão da criança em unidade de terapia intensiva¹³(A).

Avaliando-se desfechos no terceiro mês após o parto, observa-se que na presença de períneo intacto ou de lacerações do períneo espontâneas de primeiro e segundo graus, não se encontra diferença significativa na função do assoalho pélvico com relação à incidência de incontinência urinária, incontinência fecal ou prolapso genital. Porém, avaliando-se a presença de dispareunia e dor perineal, a realização da episiotomia está relacionada a maior número de eventos (frequência de dispareunia de 7,9% versus 3,4% com períneo intacto, e de dor perineal de 6,7% versus 2,3%, respectivamente)¹⁵(B).

Quando o período analisado de puerpério passa a ser de quatro anos, observa-se risco relativo de incontinência fecal de 1,8 para mulheres submetidas à episiotomia de rotina, porém, sem diferenças com relação à ocorrência de incontinência urinária, dor perineal ou dispareunia¹⁶(B).

Recomendação:

A realização da episiotomia de rotina demonstra estar relacionada à maior frequência de dor perineal e dispareunia, não demonstrando benefícios quando da indicação materna ou fetal.

7. EXISTE BENEFÍCIO PERINEAL EM LONGO PRAZO NA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA DE ROTINA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO?

A episiotomia tem sido há muito tempo recomendada como procedimento utilizado com a finalidade de evitar sequelas perineais após o parto. Entretanto, pouco é conhecido sobre os seus benefícios e sequelas em longo prazo.

Avaliando-se alterações urogenitais (média de observação de 7,3 meses pós-parto), através de estudo urodinâmico e por meio do índice de Oxford, em puérperas que deram à luz a feto único com mais de 34 semanas, não se encontra diferença significativa nos parâmetros de pressão máxima de fechamento da uretra, pressão anal máxima, comprimento funcional do esfíncter anal em repouso e durante contração e força muscular do assoalho pélvico, quando da realização da episiotomia médio-lateral-direita restritiva (realizada somente por indicação fetal mesmo mediante o severo trauma perineal) comparada à episiotomia de rotina¹⁷(B).

A avaliação de puérperas no terceiro mês após o parto que se apresentaram com períneo íntegro comparadas à puérperas com lacerações espontâneas de primeiro e segundo graus demonstra que primíparas submetidas à episiotomia médio-lateral-direita não apresentam diferença significativa com relação à incontinência urinária de esforço e incontinência fecal (12,9% e 12,1% respectivamente, avaliando-se a incontinência urinária e 2,8% e 1,9% respectivamente para incontinência fecal)¹⁵(B). Também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao prolapso genital anterior e posterior¹⁵(B). Avaliando-se a dispareunia e a dor em região perineal, observa-se uma maior frequência de dor em mulheres com episiotomia médio-lateral-direta quando comparadas a mulheres com períneo íntegro ou com lacerações espontâneas de primeiro e segundo graus (7,9% e 3,4% respectivamente para a dispareunia e 6,7% e 2,3% para a dor perineal)¹⁵(B).

Quando o tempo analisado passa a ser de quatro anos, observa-se que a prevalência da incontinência fecal apresenta-se maior nas mulheres submetidas à episiotomia de rotina quando comparadas às mulheres submetidas ao procedimento restritivo (16% e 11% respectivamente)¹⁶(B).

Recomendação:

A realização da episiotomia médio-lateral-direta não determina proteção contra o surgimento da incontinência urinária de esforço, incontinência fecal e prolapso genital após o terceiro mês pós-parto, estando associada à maior frequência de dispareunia e dor perineal.

8. EM RELAÇÃO À MORBIDADE FETAL, QUAL SERIA A SEGURANÇA DA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NO PÓS-DATISMO?

A gestação pós-termo ou prolongada é reconhecida como aquela que ultrapassa 42 semanas de gestação. O número de gestações pós-termo tem sido reduzido em torno de 70%, com a realização de ultrassonografia precoce, durante o primeiro trimestre. Entretanto, embora os riscos maternos e fetais estejam aumentados na gestação prolongada, seu manejo na gestação de baixo risco ainda é controverso. Nesse sentido a indução eletiva do trabalho de parto às 41 semanas tem sido recomendada baseada no aumento da ocorrência de cesárea de urgência por sofrimento fetal agudo.

Observa-se que em gestantes, com feto único e vivo, apresentação cefálica, membranas amnióticas intactas, com idade

gestacional de 41 semanas completas, confirmada por exame ultrassonográfico de primeiro trimestre, com índice de Bishop desfavorável (< 5) e ausência de contrações uterinas, a comparação da indução do trabalho de parto por três métodos distintos (misoprostol 50 µg via vaginal a cada 6 horas, ocitocina na dose inicial de 1 mU/minuto aumentada a cada 15 minutos na mesma dose até atingir contrações de 200-250 unidades Montevideo, ou introdução de cateter de foley 18-G) com a conduta expectante (avaliações semanais do líquido amniótico e realização do perfil biofísico fetal) demonstra maior ocorrência de partos por cesariana indicados por alteração na frequência cardíaca fetal mediante indução com a ocitocina quando comparado ao seguimento realizado sem intervenções, (13% de indicação de cesariana mediante utilização de ocitocina e 8% no segmento apenas)¹⁸(A).

Quando se avalia a macrosomia fetal (peso > 4000 g), observa-se menor ocorrência de indicação de cesárea por alteração na frequência cardíaca fetal quando se induz o trabalho de parto (9% na indução com misoprostol; 7% com o emprego da ocitocina; 7% com a sonda de foley e 24,7% na conduta expectante)¹⁸(A).

Avaliando-se desfechos neonatais, tais como distúcia de bisacromial, aspiração de mecônio, índice de Apgar < 7 no 1º ou 5º minutos, pH de cordão umbilical < 7,16 ou admissão na UTI neonatal, não se observa diferença significativa quando se comparam os diferentes tipos de indução ou a conduta expectante de seguimento. No entanto, mediante a conduta expectante, observa-se maior ocorrência de líquido meconial e síndrome de aspiração de mecônio¹⁸(A).

Recomendação:

Quando o trabalho de parto é induzido a partir das 41 semanas de gestação, a morbidade neonatal apresenta-se reduzida, sem aumentar a taxa de cesárea ou a permanência hospitalar.

9. LEVANDO-SE EM CONTA A MORBIDADE MATERNA E FETAL, EXISTIRIAM BENEFÍCIOS NA INDICAÇÃO DE CESÁREA ELETIVA EM FETOS COM ESTIMATIVA DE PESO ACIMA DE 4.000 G QUANDO COMPARADO AO PARTO NORMAL?

A estimativa de peso através do emprego da ultrassonografia pode apresentar variabilidade em superestimar a ocorrência de macrosomia em torno de 16% a 20% dos casos. Tal fato tem conduzido a vieses na prática obstétrica, conseqüente à menor tolerância do obstetra em acompanhar o trabalho de parto em casos com estimativa de macrosomia fetal.

Não existe um consenso geral sobre a definição de macrosomia fetal, apresentando-se distintos pontos de corte desde o peso ao nascimento maior que 4.000 g, 4.500 g, ou 5.000 g independentemente da idade gestacional. Portanto, a prevalência de macrosomia varia de 0,5% a 15% dependendo da definição utilizada.

Os riscos maternos associados à macrosomia fetal incluem trabalho de parto prolongado, parto cesariano, hemorragia pós-parto, infecção, lacerações perineais de terceiro e quarto graus, eventos tromboembólicos e acidentes anestésicos. A macrosomia fetal também está associada a elevado risco perinatal, tais como o trauma ao nascimento, asfixia perinatal, aspiração de mecônio. Entretanto, apesar dos riscos citados estarem bem relacionados à macrosomia fetal, a melhor via de parto nestes casos tem-se mantido controversa.

Avaliando-se a taxa de sobrevivência neonatal entre nascidos com peso variando de 4.000 g a 4.499 g e 4.500 g a 4.999 g a cesárea aumenta o risco de morte neonatal. Após controle de várias características maternas e complicações tais como tabagismo, diabetes mellitus e hipertensão, os nascidos vivos por via alta com peso entre 4.000g a 4.499g apresentam 1,3 vezes mais probabilidade de morrer durante o período neonatal, quando comparado aos nascimentos de semelhante peso por via vaginal (IC 95% - 1,11 – 1,53)¹⁹(B). Além disso, o risco de morte neonatal entre os nascidos vivos por parto cesariano com peso variando de 4.500 g a 4.999 g apresenta-se 40% maior quando comparados àqueles nascidos por via vaginal (IC 95% 1,00 – 1,95)¹⁹(B).

No entanto, entre os nascidos com mais de 5.000 g, a realização de cesárea apresenta-se como fator protetor, demonstrando redução de aproximadamente 15% na mortalidade em comparação aos nascidos por via vaginal (IC 95% - 0,44 – 1,64 - p= 0,62)¹⁹(B).

Recomendação:

Apesar de a macrosomia fetal estar associada a maior risco de complicações materno-fetais, uma política visando à promoção de cesárea profilática por macrosomia suspeita não se apresenta associada à redução de mortalidade neonatal. Entretanto, o parto cesariano parece ser um fator protetor para a mortalidade em nascidos vivos com mais de 5000 g.

REFERÊNCIAS:

1. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:663-8.
2. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JT. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol* 1993;81:899-907.
3. Ingemarsson I, Arulkumaran S, Ingemarsson E, Tambyraja RL, Ratnam SS. Admission test: a screening test for fetal distress in labor. *Obstet Gynecol* 1986;68:800-6.
4. Windrim R, Seaward G, Hodnett E, Akoury H, Kingdom J, Salenieks ME. A randomized controlled trial of a bedside partogram in the active management of primiparous labour. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;29:27-34.
5. Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. *Midwifery* 2005;21:301-10.
6. Mathai M. The partograph for the prevention of obstructed labor. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:256-69.
7. Franks P. A randomized trial of amniotomy in active labor. *J Fam Practice* 1990;30:49-52.
8. Shobeiri F, Tehrani N, Nazari M. Amniotomy in labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;96:197-8.
9. Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, Alfirevic Z. Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:117-20.
10. Johnson N, Lilford R, Guthrie K, Thornton J, Barker M, Kelly M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:340-6.
11. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:600-5.
12. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med* 2005;352:655-65.
13. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG* 2008;115:1695-703.
14. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:285.e4.
15. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103:669-73.
16. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247-52.
17. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings--follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:65-71.
18. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz E, Ozdas E, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120:164-69.
19. Boulet SL, Salihi HM, Alexander GR. Mode of delivery and the survival of macrosomic infants in the United States, 1995-1999. *Birth* 2006;33:278-83.

2. Consulta – Puericultura

Quando o procedimento consulta, corresponder a uma consulta de puericultura deverá atender os seguintes critérios:

a. atendimento ambulatorial sequencial e limitado, conforme calendário abaixo;

LACTENTE 0-2 ANOS	PRÉ-ESCOLA 2-4 ANOS	ESCOLAR 5-10 ANOS	ADOLESCENTE 11-19 ANOS
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

b. incluir as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens abaixo descritos:

- avaliação do estado nutricional da criança pelo indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- avaliação da história alimentar;
- avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- exame da capacidade visual;
- avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde;
- avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- avaliação da função auditiva;
- avaliação da saúde bucal.

Referência:
CBHPM, 2012.

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013 (Vigente a partir de 02/01/2014)

O Anexo IV apresenta o Protocolo de Utilização - PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO – PROUT

FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA

1) Para fins desta Resolução Normativa serão utilizadas as seguintes definições:

- a) Os termos ostomias e estomias serão utilizados para o mesmo fim.
- b) Pessoa com estomia é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório e/ou urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo.
- c) Estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema digestório e/ou urinário, criando um orifício externo que se chama estoma.
- d) Estomias intestinais (colonostomia e ileostomia) são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal.
- e) Estomias urinárias ou derivações urinárias são uma abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal.
- f) Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários referem-se a bolsas de sistemas únicos ou compostos, descartáveis, fixadas à pele, ao redor do estoma, e que visam a coletar os efluentes, fezes ou urina, sendo de fundamental importância para o processo de reabilitação biopsicossocial da pessoa estomizada. Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários são constituídos basicamente de bolsa coletora, para recolhimento do efluente, e de adesivos, para a fixação da bolsa à pele periestoma.
- g) Os equipamentos adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários referem-se a barreiras protetoras de pele necessários para pessoas com estomias.
 - a. Referência: Associação Brasileira Estomaterapia. Estomia, feridas e incontinências - SOBEST. Definições operacionais das características dos equipamentos e adjuvantes para estomias. Rev Estima 4(4): 40-3, 2006.

2) Para solicitação de fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes, é necessário o relatório médico onde obrigatoriamente conste: a doença de base que levou a confecção do estoma; tipo de cirurgia realizada; permanência do estoma: temporário, definitivo ou indeterminado; tipo da estomia: alça, terminal, duas bocas ou outras; localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário: íleo, cólon ascendente, transversal, descendente, sigmóide e/ou derivações urinárias; data da realização do procedimento cirúrgico; quadro clínico atual; definição dos equipamentos necessários, conforme o anexo II da Portaria nº 400, SAS/MS, 2009.

3) Cabe à operadora de planos privados de assistência à saúde a definição da distribuição dos equipamentos, a organização da orientação para o uso e para o auto cuidado por meio de rede própria, credenciada, referenciada, contratada ou mediante reembolso.

4) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

5) De acordo com as características da estomia, será definido o equipamento coletor e adjuvante mais adequado para cada caso.

6) Para garantir o uso efetivo e adequado dos equipamentos coletores pode ser necessário o uso de equipamentos adjuvantes, de acordo com o anexo II da Portaria SAS/MS nº 400/2009 que Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA, CONFORME PORTARIA Nº 400, SAS/MS, 2009.

1 - BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA C/ ADESIVO MICROPOROSO

Descrição: bolsa fechada para estoma intestinal ou protetor de estomia, plástico antiodor, transparente ou opaca, com filtro de carvão ativado, com ou sem resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 60 por mês).

2 - BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORO DRENÁVEL

Descrição: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carvão ativado, resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 30 por mês).

3 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ ESTOMIA INTESTINAL

Descrição: sistema compatível de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou protetor de estoma, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem filtro de carvão ativado, base adesiva de resina sintética, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 10 por mês).

4 - BARREIRAS PROTETORAS DE PELE SINTÉTICA E/OU MISTA EM FORMA DE PÓ / PASTA E/OU PLACA

Descrição: barreira protetora de pele, de resina sintética ou formadora de película disponibilizada como 1 (um) tubo de pó ou 1 (um) tubo de pasta ou 20 (vinte) anéis planos ou convexos ou 5 (cinco) tiras ou 15 (quinze) placas 10 x 10 cm ou 10 (dez) placas 15 x 15 cm ou 8 (oito) placas 20 x 20 cm ou 1 (um) frasco formador de película (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

5 - BOLSA COLETORA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: bolsa para estoma urinário adulto ou pediátrico, plástico antiodor, transparente ou opaca, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, com óxido de zinco ou resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo 30 por mês).

6 - COLETOR URINÁRIO DE PERNA OU DE CAMA

Descrição: coletor urinário de perna ou de cama, plástico antiodor, com tubo para conexão em dispositivo coletor para estomas ou incontinência urinária, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem. O coletor de perna deverá conter cintas de fixação para pernas. (no máximo 4 por mês).

7 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: sistema compatível de duas peças (bolsa e base adesiva), para estoma urinário adulto ou pediátrico, bolsa com plástico antiodor, transparente ou opaca, sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, base adesiva de resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 15 por mês).

