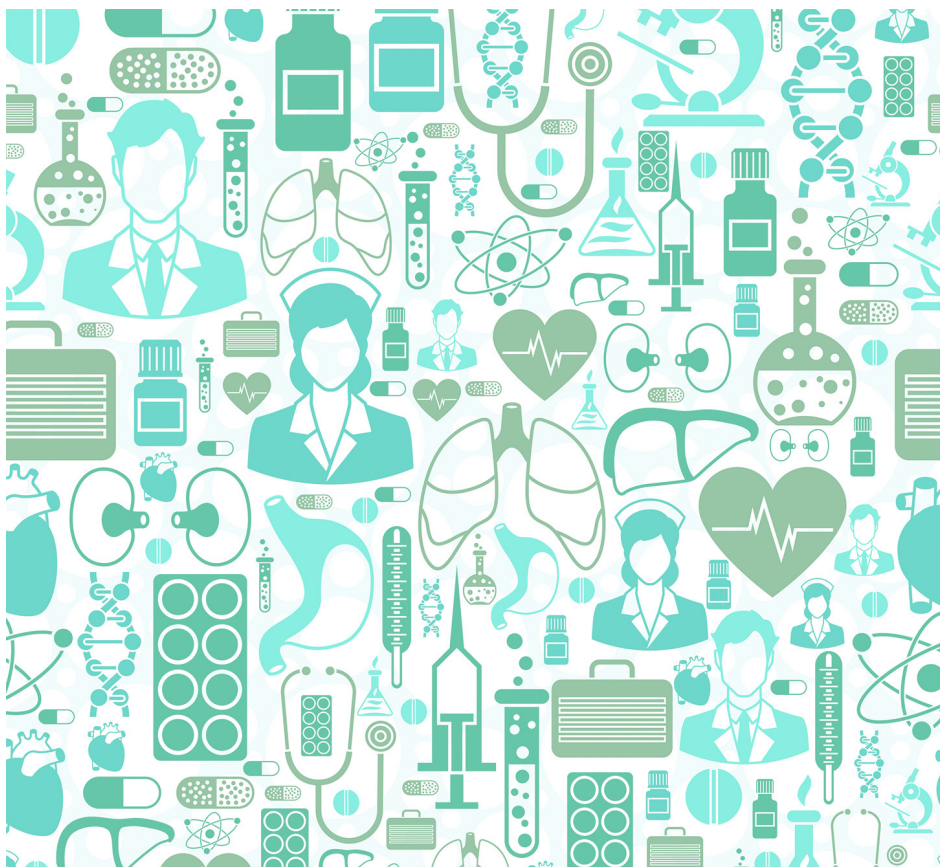




ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE **2016**

Resolução Normativa - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015.



ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

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
Raquel Medeiros Lisboa

Gerente da Gerência Direção Técnica - GEDIT/DIPRO
Dominic Bigate Lourenço

Gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial - GMOA/DIPRO
Ana Cristina Marques Martins

Gerente da Gerência de Assistência à Saúde - GEAS/DIPRO
Rochele Alberto Martins Santos

Elaboração técnica:

Adriana de Medeiros Cavalcanti, Aline Monte de Mesquita,
André Luiz Andrade, Augusto Cesar Barros do Amaral,
Bruna Alessandra Vale Delocco, Bruno Souza Cancela,
Karla Santa Cruz Coelho, Fernando Seixas Alves,
Francisco Edilberto Gomes Bonfim, Raquel Medeiros Lisboa,
Roberto Luiz Pinel Dias, Rochele Alberto Martins Santos,
Teófilo José Machado Rodrigues, Vania Cristina dos Santos Tavares,
Zilclea Nogueira Ribeiro.

Projeto gráfico:
Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Fotografia (capa):
Thinkstock

Apoio Bibliotecário:
Maria de Lourdes Brito - CODOB/DIGES

Impresso no Brasil

Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
 Rol de procedimentos e eventos em saúde 2015 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar.
 – Rio de Janeiro : ANS, 2016.
 4MB. ; ePUB.

Inclui Resolução normativa RN nº 387, de 28 de outubro de 2015.

Anexo I : Lista dos procedimentos de cobertura obrigatória .
Anexo II : Diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar.
Anexo III : Diretrizes clínicas
Anexo IV : Protocolo de utilização – PROUT

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

CDD 368.382

Catálogo na fonte – Biblioteca da ANS – Coordenação de Documentação e Biblioteca

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE **2016**

Resolução Normativa - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015.



Sumário

Apresentação	11
Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015	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	25
Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares	25
Avaliações/acompanhamentos	25
Monitorizações	25
Reabilitação	25
Terapêutica	26
Capítulo III	
Procedimentos cirúrgicos e invasivos	27
Pele e tecido celular subcutâneo / anexos	27
Procedimentos	27
Cabeça e pescoço	29
Lábio	29
Boca	29
Língua	31
Glândulas salivares	32
Faringe	32
Laringe	33
Trauma crânio-maxilo-facial	33
Cirurgia reparadora e funcional da face	34
Face	34
Mandíbula maxila	35
Pescoço	35
Tireóide	35
Paratireóide	36
Crânio	36
Olhos	36
Pálpebra	36
Cavidade orbitária	37
Conjuntiva	37
Córnea	37
Câmara anterior	37
Cristalino	37
Corpo vítreo	38
Esclera	38
Bulbo ocular	38

Íris e corpo ciliar	38
Músculos	39
Retina	39
Vias lacrimais	39
Orelha	39
Pavilhão auricular	39
Orelha externa	40
Orelha média	40
Orelha interna	40
Nariz e seios paranasais	41
Nariz	41
Seios paranasais	41
Parede torácica	42
Parede torácica	42
Mamas	43
Sistema músculo-esquelético e articulações	43
Autotransplantes osteomiocutâneos	43
Transplantes, reimplantes e revascularizações dos membros	44
Artroscopia	44
Tração	44
Retirada de material de síntese	44
Imobilizações	44
Procedimentos gerais	45
Coluna vertebral	45
Articulação escápulo-umeral e cintura escapular	46
Membros superiores	47
Cintura pélvica	49
Membros inferiores	50
Músculos e fascias	52
Tendões, bursas e sinóvias	52
Sistema respiratório e mediastino	53
Traquéia	53
Brônquios	54
Pulmão	54
Pleura	54
Mediastino	55
Diafragma	55
Sistema cárdio-circulatório	55
Defeitos cardíacos congênitos	55
Valvopatias	56
Coronariopatias	56
Marca-passo	56
Outros procedimentos	56
Cirurgia arterial	57
Cirurgia venosa	57
Fístulas arteriovenosas congênitas ou adquiridas	58
Hemodiálise de curta e longa permanência	58
Cirurgia vascular de urgência	58
Hemodinâmica - cardiologia intervencionista (procedimentos diagnósticos/terapêuticos)	58
Acessos vasculares	59
Cirurgia linfática	59

Pericárdio	60
Hipotermia	60
Miocárdio	60
Sistema digestivo e anexos	60
Esôfago	60
Estômago	61
Intestinos	62
Ânus	63
Fígado e vias biliares	63
Pâncreas	64
Baço	65
Peritônio	65
Abdome, parede e cavidade	65
Sistema urinário	66
Rim, bacinete e supra-renal	66
Ureter	67
Bexiga	68
Sistema genital e reprodutor masculino	69
Uretra	69
Próstata e vesículas seminais	69
Escroto	70
Testículo	70
Epidídimo	70
Cordão espermático	70
Pênis	70
Sistema genital e reprodutor feminino	71
Vulva	71
Vagina	71
Útero	72
Tubas	72
Ovários	72
Períneo	73
Cavidade e paredes pélvicas	73
Partos e outros procedimentos obstétricos	73
Sistema nervoso - central e periférico	74
Encéfalo	74
Medula	74
Nervos periféricos	74
Nervos cranianos	75
Sistema nervoso autônomo	75
Transplantes de órgãos ou tecidos	76
Córnea	76
Rim	76
Medula óssea autóloga	76
Outros procedimentos invasivos	76
Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares	76

Capítulo IV	
Procedimentos diagnósticos e terapêuticos	78
Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais	78
ECG - TE	78
Tubo digestivo	78
Sistema nervoso	78
Exames ósteo - músculo - articulares	79
Função respiratória	79
Endoscópicos	80
Endoscopia diagnóstica ou intervencionista	81
Procedimentos laboratoriais	81
Bioquímica (sangue, urina e outros materiais)	81
Coprologia	85
Hematologia laboratorial	85
Endocrinologia laboratorial	87
Imunologia	88
Líquidos (cefalorraqueano (líquor), seminal, amniótico, sinovial e outros)	92
Microbiologia	92
Urínalise	94
Diversos	94
Toxicologia / Monitorização terapêutica	95
Biologia molecular	95
Medicina transfusional	96
Transfusão	96
Processamento	96
Exames de qualificação no sangue do doador ou prova pré-transfusional no sangue do receptor	96
Procedimentos	97
Genética	97
Citogenética	97
Genética bioquímica	98
Genética molecular	99
Anatomia patológica e citopatologia	99
Procedimentos	99
Medicina nuclear	100
Cardiovascular - in vivo	100
Digestivo - in vivo	101
Endócrino - in vivo	101
Geniturinário - in vivo	101
Hematológico - in vivo	101
Músculo - esquelético - in vivo	101
Nervoso - in vivo	101
Oncologia / Infectologia - in vivo	102
Respiratório - in vivo	102
Terapia - in vivo	102
Outros - in vivo	102
Métodos diagnósticos por imagem	102
Radiografias	102
Métodos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos por imagem	105
Ultra-sonografia diagnóstica	106
Ultra-sonografia intervencionista	108
Tomografia computadorizada	108

Tomografia computadorizada intervencionista	108
Ressonância magnética	108
Radioterapia	109
Radioterapia megavoltagem	109
Braquiterapia de alta taxa de dose (BATD)	110
Radioterapia de ortovoltagem	110
Betaterapia	110
Procedimentos secundários	110
Exames específicos	111
Procedimentos	111
 Anexo II	 113
Diretrizes de Utilização - DUT para cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar	
 Anexo III	 198
Diretrizes Clínicas - DC	
 Anexo IV	 202
Protocolo de Utilização – PROUT	

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem ampliado suas ações de divulgação das informações relativas à regulação do setor, esta publicação representa mais um passo nesta direção.

Uma das competências legais da ANS, definida pela Lei nº 9.961/00 em seu Art. 3 é a elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui, a referência básica para a cobertura assistencial mínima obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, de acordo com a sua segmentação.

A inovação científica é um processo dinâmico, por isso a cada dois anos esta cobertura é revisada. A elaboração deste novo normativo – Resolução Normativa - RN nº. 387 de 28 de outubro de 2015 – contou com a participação dos representantes do setor por meio de reuniões e trabalhos desenvolvidos pelo Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE, e também possibilitou a participação de toda a sociedade por meio de Consulta Pública.

O novo normativo é composto pelo corpo da RN nº 387/2015, que orienta 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 387/2015 conta com 3.287 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.

Destaca-se que foram incluídos 21 novos procedimentos de cobertura obrigatória, mais um medicamento antineoplásico oral, além da ampliação de indicação de outros medicamentos antineoplásicos orais, consultas e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogos e psicoterapeutas.

O conteúdo desta resolução normativa está disponível na página da ANS na internet. Além disso, o aplicativo ANS Móvel desenvolvido para celulares smartphones e tablets, permite, entre outras funções, a pesquisa dos procedimentos de cobertura obrigatória na saúde suplementar.

Esta publicação é mais uma forma de divulgação das informações relativas à cobertura assistencial. 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 novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde representa um ganho para sociedade e para a melhoria da qualidade da assistência prestada no setor de saúde suplementar.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor-Presidente da ANS

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015.

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 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da 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 XXXX, 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 à 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 As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 3º 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, que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I;

III – o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas – DC, que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2016

orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e

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

Seção II

Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 4º 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 ao 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. 5º 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 serviços de saúde.

§ 1º 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 cirurgião-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.

§ 2º Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única

Das Coberturas Assistenciais

Art. 6º 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 obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no §3º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 7º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus Anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, 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. 8º 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 espermatozoide 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. 9º 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. 10. 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. 11. 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 privados de assistência à saúde.

Art. 12. 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. 13. 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. 14. 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 “g” 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, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 15. 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, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§ 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. 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 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 serviços 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.

§ 1º A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

§ 2º O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Art. 19. Os planos privados de assistência à saúde deverão assegurar cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados na presente Resolução Normativa e em seus Anexos, de acordo com a segmentação contratada.

Subseção I

Do Plano-Referência

Art. 20. 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:

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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da

ovulação, concepção pós-tum, 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 previstos nos incisos X e XI do art. 21 desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 14 desta Resolução Normativa (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 41);

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

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

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

X - 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. 21. 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 pelo 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 consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;

IV - 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;

V – 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;

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

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

VIII - 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;

IX – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X – 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;

XI - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, 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.

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

XIII – 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;

XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

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

§ 1º 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.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Subseção III

Do Plano Hospitalar

Art. 22. 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 entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

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 de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada;

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 contraindicação justificada do médico ou do 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 com deficiência.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 5º 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 21 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 41);

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

k) 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 ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos 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 regulamentadas 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. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 22 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, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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 5º desta Resolução.

Subseção V

Do Plano Odontológico

Art. 24. 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. 25. 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 trata 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. 26. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão garantir a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Art. 27. As operadoras devem cumprir o estabelecido nos normativos expedidos pelos órgãos governamentais competentes no que concerne à Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Art. 28. 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.

Parágrafo único. Para fins de qualificar e organizar o processo de revisão, as solicitações de inclusão, exclusão ou alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de suas diretrizes de atenção à saúde deverão ser feitas por meio de formulário próprio, disponibilizado em período a ser definido pela ANS.

Art. 29. Fica mantido o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, por meio da Instrução Normativa – IN nº 44, de 14 de fevereiro de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 30. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet - www.ans.gov.br.

Art. 31. Ficam revogadas a Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, a Resolução Normativa nº 349, de 9 de maio de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 32. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 2 de janeiro de 2016.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor – Presidente

ANEXO I DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 29 DE OUTUBRO DE 2015 (Vigente a partir de 02/01/2016)

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 Obstetrícia | hso – Hospitalar sem Obstetrícia | PAC – Procedimentos de Alta Complexidade

| dut – Diretriz de utilização | ref – Plano Referência

Procedimentos gerais					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Consultas, visitas hospitalares ou acompanhamento de pacientes					
ACONSELHAMENTO GENÉTICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT N° 109"
ATENDIMENTO INTEGRAL AO RECÊM-NASCIDO (SALA DE PARTO, BERÇÁRIO E UTI)		HCO		REF	
ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIÁTRICA		HCO	HSO	REF	
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A GESTANTES (3º TRIMESTRE)	AMB	HCO		REF	
ATIVIDADE EDUCACIONAL PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	AMB			REF	
ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	OD				
ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	OD				
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD				"DUT N° 86"
ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	OD				
CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	AMB			REF	
CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 102"
CONSULTA MÉDICA	AMB			REF	
CONSULTA ODONTOLÓGICA	OD				
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	OD				
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	OD				
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	OD				
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 105"
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 106"
CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 104"
CONSULTA COM NUTRICIONISTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 103"
CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	"DUT N° 107"
TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES GRAVES COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR DE ORIGEM PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		HCO	HSO	REF	
VISITA HOSPITALAR		HCO	HSO	REF	

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	REF		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL	HCO	HSO	REF		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR	HCO	HSO	REF	PAC	
AVALIAÇÃO CLÍNICA DIARIA ENTERAL E/OU PARENTERAL	HCO	HSO	REF		
AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE MARCA-PASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR	AMB	HCO	HSO	REF	
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA COM ELETROCARDIOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF	
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	REF	
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	OD				
TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CâNCER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC "DUT Nº 64"
MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	PAC "DUT Nº 54"
Monitorizações					
CARDIOTOCGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	
HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALÓGICO OU DIGITAL	AMB			REF	
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB			REF	"DUT Nº 56"
MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA		HCO	HSO	REF	
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA OU NÃO INVASIVA		HCO	HSO	REF	
MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA		HCO	HSO	REF	
POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATÓRIO - MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA (PE/IO)		HCO	HSO	REF	
TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC "DUT Nº 67"
Reabilitação					
ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS	AMB			REF	
AMPUTAÇÃO (PREPARAÇÃO DO COTO E TREINAMENTO PROTÉTICO)	AMB	HCO	HSO	REF	
BIOFEEDBACK COM EMG	AMB	HCO	HSO	REF	
EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA	AMB			REF	
INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO OU AGULHAMENTO SECO	AMB	HCO	HSO	REF	
REABILITACAO E REEDUCAÇAO DE SEQUÊLAS EM TRAUMATISMOS E POLITRAUMATIZADOS	AMB	HCO	HSO	REF	
REABILITAÇÃO LABIRÍNICA	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares					
Procedimentos	Segmentação				PAC D. Ut
REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE QUEIMADOS PARA PREVENÇÃO DE SEQUELAS	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO POR DISTÚRBIOS CONGÊNITOS OU REUMÁTICOS	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEURO-MÚSCULO-ESQUELÉTICA	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NO RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA (EXCLUI TÉCNICAS CINESIOTERÁPICAS ESPECÍFICAS)	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIOS CRÂNIO-FACIAIS	AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS PÉLVICOS	AMB	HCO	HSO	REF	

Terapêutica					
ACTINOTERAPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD				"DUT N° 79"
APLICAÇÃO DE HIPOSENSIBILIZANTE	AMB	HCO	HSO	REF	
APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD				"DUT N° 80"
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	OD				
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	OD				
BETATERAPIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CARDIOVERSÃO QUÍMICA DE ARRITMIA PAROXÍSTA	AMB	HCO	HSO	REF	
CATETERISMO VESICAL	AMB	HCO	HSO	REF	
CERUMEN - REMOÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
CRIOTERAPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
CURATIVOS EM GERAL COM OU SEM ANESTESIA	AMB	HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO URETRAL	AMB	HCO	HSO	REF	
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	OD				
ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 24"
FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE OU VITILIGO	AMB			REF	PAC
INSTILAÇÃO VESICAL OU URETRAL	AMB	HCO	HSO	REF	
LESÕES MÚSCULO TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO	AMB	HCO	HSO	REF	
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO INESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO	REF	
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO-ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO	REF	
PRIAPISMO - TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF	
PULSOTERAPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	PAC "DUT N° 58"
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF "DUT N° 96"
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	OD				
SESSÃO DE ACUPUNTURA	AMB			REF	

Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares						
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut	
SESSÃO DE PSICOTERAPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF		"DUT Nº 108"
TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 65"
TERAPIA IMUNOBIOLOGICA SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 65"
TERAPIA INALATÓRIA (NEBULIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF		
TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITÁRIA OU INTRATECAL		HCO	HSO	REF	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TERAPIA ONCOLÓGICA MEDICAMENTOSA PEROPERATÓRIA		HCO	HSO	REF	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	REF		
AUTONOMIZAÇÃO DE RETALHO		HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE FACE	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, LINFONODO SUPERFICIAL, UNHA, ETC	AMB	HCO	HSO	REF		
CALOSIDADE E/OU MAL PERFORANTE - DESBASTAMENTO	AMB	HCO	HSO	REF		
CANTOPLASTIA UNGUEAL	AMB	HCO	HSO	REF		
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA	AMB	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA DA HIDROSADENITE		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMÁTICA COM MICROENXERTOS PILOSOS		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÊRESE DE TUMORES OU SEQUÊLAS DE TRAUMATISMOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES E/OU MIOCUTÂNEOS		HCO	HSO	REF		
CRIOCIRURGIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CURATIVO DE QUEIMADURAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CURATIVO ESPECIAL SOB ANESTESIA		HCO	HSO	REF		
CURETAGEM, ELETROCOAGULAÇÃO E/OU DERMOABRASÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS	AMB	HCO	HSO	REF		
DERMOLIPECTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 18"
DESTRIDAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF		
DESTRIDAMENTO DE FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS	AMB	HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE CARTILAGEM, MUCOSA E/OU COMPOSTO		HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO		HCO	HSO	REF		
ENXERTO OU HOMOENXERTO DE PELE		HCO	HSO	REF		

Pele e tecido celular subcutâneo / Mucosas e anexos					
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut	
ESCALPO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
ESCAROTOMIA DESCOMPRESSIVA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO		HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE LESÃO DE PELE E MUCOSAS	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR DE PARTES MOLES	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE UNHA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES COM OU SEM ROTAÇÃO DE RETALHOS	AMB	HCO	HSO	REF	
EXPANSÃO TISSULAR		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E RETALHOS CUTÂNEOS		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHO FASCIOCUTÂNEO OU AXIAL		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MIOCUTÂNEOS		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES		HCO	HSO	REF	
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXÉRESE E ENXERTO CUTÂNEO		HCO	HSO	REF	
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMÃO E/OU PANARÍCIO	AMB	HCO	HSO	REF	
INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS	AMB	HCO	HSO	REF	
MATRICECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 51"
PLÁSTICA EM Z OU W	AMB	HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS DE GÁLEA APONEURÓTICA		HCO	HSO	REF	
RETALHO CUTÂNEO, MUSCULAR OU COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)		HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	AMB	HCO	HSO	REF	
RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES		HCO	HSO	REF	
RETRAÇÃO DE APONEUROSE PALMAR (DUPUYTREN)		HCO	HSO	REF	
SUTURA DE FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	AMB	HCO	HSO	REF	
TRANSECÇÃO DE RETALHO		HCO	HSO	REF	
TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA UNHA (ENXERTO)	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS OU NEVUS		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM)	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS CUTÂNEOS		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS OU MUSCULARES		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA		HCO	HSO	REF	

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
Lábio						
BIÓPSIA DE LÁBIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 83"
EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO			HCO	HSO	REF	
EXCISÃO COM RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RETALHOS			HCO	HSO	REF	
EXCISÃO EM CUNHA		AMB	HCO	HSO	REF	
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
FRENULECTOMIA LABIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL			HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL			HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO			HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DO LÁBIO			HCO	HSO	REF	
Boca						
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT N° 78"
AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	OD					
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	OD					
ALONGAMENTO CIRÚRGICO DO PALATO MOLE			HCO	HSO	REF	
ALVEOLOPLASTIA	OD					
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	OD					
APICETOMIA UNIRRADICULARES 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	REF	"DUT N° 81"
BRIDECTOMIA	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
BRIDOTOMIA	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	OD					
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	OD					
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR	OD					
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	OD					
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	OD					
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	OD					
COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAUAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	OD					"DUT N° 90"
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	OD					
CUNHA PROXIMAL	OD					
CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD					
CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD					
INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	

Cabeça e pescoço						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
EXCISÃO DE LESÃO COM RECONSTRUÇÃO			HCO	HSO	REF	
EXCISÃO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA OU MAXILECTOMIA			HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE LESÃO E ENXERTO CUTÂNEO OU MUCOSO			HCO	HSO	REF	
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	OD					
ENXERTO PEDICULADO	OD					
EXODONTIA A RETALHO	OD					
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	OD					
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	OD					
EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	OD					
EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	OD					
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	OD					
GENGIVECTOMIA	OD					
GENGIVOPLASTIA	OD					
GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA			HCO	HSO	REF	
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	OD					
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	OD					
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	OD					
ODONTO-SECÇÃO	OD					
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS			HCO	HSO	REF	
PALATOPLASTIA COM RETALHO OU ENXERTO			HCO	HSO	REF	
PALATOPLASTIA PARCIAL OU TOTAL			HCO	HSO	REF	
PALATO-QUEILOPLASTIA			HCO	HSO	REF	
PLÁSTICA DO DUCTO PAROTÍDEO			HCO	HSO	REF	
PULPOTOMIA	OD					
PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	OD					
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD					
PUNÇÃO ASPIRATIVA NA 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 Nº 89"
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT Nº 92"
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT Nº 93"
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT Nº 94"
REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT Nº 95"
RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	OD					
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	OD					
REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	OD					
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	OD					
REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	OD					
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	OD					

Cabeça e pescoço

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	OD					
REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	OD					
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	OD					
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	OD					
REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	OD					
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL	OD					
REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	OD					
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA	OD					
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO	OD					
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	OD					
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	OD					
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MACROSTOMIA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MICROSTOMIA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROFACIAL		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 98"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 98"
EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 99"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 99"
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL	OD					
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	OD					
TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	OD					
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR)	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	OD					
TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT N° 100"
TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD					"DUT N° 101"
ULECTOMIA	OD					
ULOTOMIA	OD					

Língua

BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 84"
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
FRENULECTOMIA LINGUAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
GLOSSECTOMIA COM MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOTÂNEOS			HCO	HSO	REF	

Cabeça e pescoço						
Procedimentos			Segmentação		PAC	D. Ut
GLOSSECTOMIA COM PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE			HCO	HSO	REF	
TUMOR DE LÍNGUA - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF	

Glândulas salivares

BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 82"
EXCISÃO COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE GLÂNDULAS SALIVARES			HCO	HSO	REF	
EXENTERAÇÃO + PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL			HCO	HSO	REF	
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXÉRESE DE CÁLCULO OU DE RÂNULA SALIVAR	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE			HCO	HSO	REF	
EXÉRESE INCLUINDO PELE, CARTILAGEM COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS		AMB	HCO	HSO	REF	
PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO OU CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL			HCO	HSO	REF	
PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇÃO DO RAMO ASCENDENTE DA MANDÍBULA			HCO	HSO	REF	
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR		AMB	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE GLÂNDULA SALIVAR COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL			HCO	HSO	REF	

Faringe

ADENO-AMIGDALECTOMIA			HCO	HSO	REF	
ADENOIDECTOMIA			HCO	HSO	REF	
ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA			HCO	HSO	REF	
AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS			HCO	HSO	REF	
AMIGDALECTOMIA LINGUAL			HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DO CAVUM, OROFARINGE OU HIPOFARINGE		AMB	HCO	HSO	REF	
CAUTERIZAÇÃO			HCO	HSO	REF	
CRIPTÓLISE AMIGDALIANA			HCO	HSO	REF	
FARINGOLARINGECTOMIA			HCO	HSO	REF	
FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE BOCA OU FARINGE			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM OU SEM MANDIBULECTOMIA			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE POR MANDIBULOTOMIA			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCÓPICA			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE (VIA TRANSPALATINA OU TRANSMAXILAR)			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO OU DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO		AMB	HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE FARINGE, COM OU SEM ANESTESIA GERAL		AMB	HCO	HSO	REF	
UVULOPALATOFARINGOPLASTIA			HCO	HSO	REF	

Cabeça e pescoço

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

Trauma crânio-maxilo-facial

FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	REF		
FRATURA LEFORT I, II OU III- FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO-MAXILA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	REF		
FRATURA SIMPLES OU COMPLEXA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO COM OU SEM FIXAÇÃO	HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL	HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR COM OU SEM FIXAÇÃO	HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURAS DE CÔNDILO MANDIBULAR	HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE MANDÍBULA	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO (NA FACE)	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO DE FRATURA DE MANDÍBULA COM OU SEM CONTENÇÃO, FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURA DE MAXILA, REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA OU APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURAS ALVEOLARES FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO	HCO	HSO	REF		

Cabeça e pescoço							
Procedimentos			Segmentação			PAC	D. Ut
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	REF		

Cirurgia reparadora e funcional da face							
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL			HCO	HSO	REF		
HEMIMANDIBULECTOMIA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DA ÓRBITA			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DE MANDÍBULA/MAXILA			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMÁTICO			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS ETMÓIDO ORBITAIS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA CRÂNIO-MAXILARES			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNATISMO			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS ALVÉOLO PALATINAS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS DOS MAXILARES OU MALARES			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA/MAXILA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO SIMPLES DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR COM FIXAÇÃO INTERMAXILAR			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 97"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-MAXILO-FACIAL E BUCO NASAL			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DA ATM			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES E EXOSTOSES			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR			HCO	HSO	REF		

Face							
CORREÇÃO DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O AUXÍLIO DE EXPANSORES DE TECIDOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE CISTO		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR OU FÍSTULA			HCO	HSO	REF		
HEMIATROFIA FACIAL, CORREÇÃO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE			HCO	HSO	REF		
REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL PARA O TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL, COM OU SEM NEUROTIZAÇÃO			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHO AXIAL DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS AXIAIS SUPRA-ORBITAIS E SUPRATROCLEARES			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS EM VY DE PEDÍCULO SUBARTERIAL			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM ROTAÇÃO DO MÚSCULO TEMPORAL			HCO	HSO	REF		

Cabeça e pescoço

Procedimentos

Segmentação

PAC

D. Ut

Mandíbula e maxila

BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 85"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 87"
REMOÇÃO DE ODONTOMA	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 88"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 88"
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	OD	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 91"
HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SECCIONAL DA MANDÍBULA			HCO	HSO	REF	
MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO			HCO	HSO	REF	
MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITAL E RINOTOMIA LATERAL			HCO	HSO	REF	
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE OSTEOMIOCUTÂNEO			HCO	HSO	REF	
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA			HCO	HSO	REF	
OPERAÇÃO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MANDÍBULA COM DESARTICULAÇÃO DE ATM			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA (SEGMENTAR OU SECCIONAL)			HCO	HSO	REF	

Pescoço

CERVICOTOMIA EXPLORADORA			HCO	HSO	REF	
DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO			HCO	HSO	REF	
ESCALENOTOMIA			HCO	HSO	REF	
ESVAZIAMENTO CERVICAL			HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR, CISTO OU FÍSTULA CERVICAL			HCO	HSO	REF	
LINFADENECTOMIA PROFUNDA			HCO	HSO	REF	
LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	AMB		HCO	HSO	REF	
NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXÉRESE			HCO	HSO	REF	
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE			HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO-BIÓPSIA DE PESCOÇO	AMB		HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DE ESÔFAGO CERVICAL			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO			HCO	HSO	REF	
RETRAÇÃO CICATRICAL CERVICAL COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO			HCO	HSO	REF	
TORCICOLO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL			HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA COM RETALHO CUTÂNEO			HCO	HSO	REF	

Tireóide

BIÓPSIA DE TIREÓIDE	AMB		HCO	HSO	REF	
BÓCIO MERGULHANTE: EXTIRPAÇÃO			HCO	HSO	REF	
ISTHECTOMIA OU NODULECTOMIA			HCO	HSO	REF	
TIREOIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR			HCO	HSO	REF	

Cabeça e pescoço						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. U
Paratireóide						
BIÓPSIA DE PARATIREÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL		HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA		HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA SUBTOTAL		HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM IMPLANTE DE PARATIREÓIDES		HCO	HSO	REF		
REIMPLANTE DE PARATIREÓIDE PREVIAMENTE PRESERVADA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO		HCO	HSO	REF		

Crânio					
CRANIOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
CRANIOTOMIA OU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA		HCO	HSO	REF	
CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS		HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL		HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE CRANIOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CRANIOSSINOSTOSE		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELTE DE CRÂNIO		HCO	HSO	REF	

Olhos						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
Pálpebra						
ABSCESSO DE PÁLPEBRA - DRENAGEM		AMB			REF	
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA		AMB			REF	
BLEFARORRAFIA		AMB			REF	
CALÁZIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		AMB			REF	
CANTOPLASTIA		AMB	HCO	HSO	REF	
COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 15"
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO		AMB	HCO	HSO	REF	
EPICANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA		AMB	HCO	HSO	REF	
EPILAÇÃO DE CÍLIOS POR ELETROLÍSE		AMB	HCO	HSO	REF	
FISSURA PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		AMB	HCO	HSO	REF	
LAGOFTALMO - CORREÇÃO CIRÚRGICA		AMB	HCO	HSO	REF	
PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR			HCO	HSO	REF	
PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA			HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS		AMB	HCO	HSO	REF	
RETRAÇÃO PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		AMB	HCO	HSO	REF	
SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA			HCO	HSO	REF	
SUPERCÍLIO - RECONSTRUÇÃO			HCO	HSO	REF	
SUTURA DE PÁLPEBRA		AMB	HCO	HSO	REF	
TARSORRAFIA		AMB	HCO	HSO	REF	
TELECANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA		AMB	HCO	HSO	REF	
TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO		AMB	HCO	HSO	REF	

Olhos

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

Conjuntiva

AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE PTERÍGIO	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA		HCO	HSO	REF	
INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL	AMB	HCO	HSO	REF	
PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS	AMB	HCO	HSO	REF	
RECONSTITUIÇÃO DE SACO		HCO	HSO	REF	
SUTURA DE CONJUNTIVA	AMB	HCO	HSO	REF	

Córnea

CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	AMB	HCO	HSO	REF	
CERATECTOMIA FOTOTERAPÊUTICA (PTK)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CERATECTOMIA SUPERFICIAL		HCO	HSO	REF	
CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 13"
IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 34"
RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	AMB	HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	AMB	HCO	HSO	REF	
SUTURA DE CÓRNEA (COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS)		HCO	HSO	REF	
TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA		HCO	HSO	REF	

Câmara anterior

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

Cristalino

CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO	REF	
-------------------------------	-----	-----	-----	-----	--

Olhos						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO		AMB	HCO	HSO	REF	
FACECTOMIA SEM IMPLANTE		AMB	HCO	HSO	REF	
IMPLANTE SECUNDÁRIO / EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR		AMB	HCO	HSO	REF	
REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG LASER, APÓS CIRURGIA DE CATARATA		AMB	HCO	HSO	REF	

Corpo vítreo

BIÓPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE VÍTREO VIA PARS PLANA			HCO	HSO	REF		
ENDOLASER/ENDODIATERMIA			HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO			HCO	HSO	REF		
INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT N° 74"
MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE		AMB	HCO	HSO	REF		
TROCA FLUIDO GASOSA			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA A CÉU ABERTO - CERATOPRÓTESE			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA ANTERIOR			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA			HCO	HSO	REF		

Esclera

BIÓPSIA DE ESCLERA		AMB	HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE ESCLERA			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE ESCLERA			HCO	HSO	REF		

Bulbo ocular

ENUCLEAÇÃO OU VISCERIZAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE			HCO	HSO	REF		
INJEÇÃO RETROBULBAR			HCO	HSO	REF		
RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES			HCO	HSO	REF		

Íris e corpo ciliar

BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR		AMB	HCO	HSO	REF		
CICLOTERAPIA ANTIGLAUCOMATOSA		AMB	HCO	HSO	REF		
CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES VALVULARES			HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE CORÓIDE			HCO	HSO	REF		
FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR (EXCETO PARA CORREÇÃO ISOLADA DE DISTÚRBIOS DE REFRAÇÃO)			HCO	HSO	REF		
FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER)		AMB	HCO	HSO	REF		
GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA		AMB	HCO	HSO	REF		
IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)		AMB	HCO	HSO	REF		
IRIDOCICLECTOMIA			HCO	HSO	REF		
SINEQUIOTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)		AMB	HCO	HSO	REF		

Olhos

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

Músculos

BIÓPSIA DE MÚSCULOS	AMB	HCO	HSO	REF	
CIRURGIA COM SUTURA AJUSTÁVEL		HCO	HSO	REF	
ESTRABISMO CICLO VERTICAL/TRANSPosição		HCO	HSO	REF	
ESTRABISMO HORIZONTAL		HCO	HSO	REF	
INJEÇÃO OCULAR DE TOXINA BOTULÍNICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Retina

APLICAÇÃO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE RETINA		HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR DE CORÓIDE E/OU CORPO CILIAR		HCO	HSO	REF	
FOTOCOAGULAÇÃO (LASER)	AMB	HCO	HSO	REF	
IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 46"
MAPEAMENTO DE RETINA (FUNDOSCOPIA)	AMB	HCO	HSO	REF	
PANCRIOTERAPIA PERIFÉRICA		HCO	HSO	REF	
PANTOFOTOCOAGULAÇÃO À LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 59"
REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL		HCO	HSO	REF	
RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL		HCO	HSO	REF	
RETINOPEXIA PNEUMÁTICA		HCO	HSO	REF	
RETINOPEXIA PROFILÁTICA (CRIOPEXIA)		HCO	HSO	REF	
TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 66"

Vias lacrimais

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

Orelha

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

Pavilhão auricular

BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA PAVILHÃO AURICULAR (TEMPO FACIAL)		HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DE ORELHA	AMB	HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO PAVILHÃO AURICULAR		HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO TOTAL DE ORELHA		HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE ORELHA		HCO	HSO	REF	

Orelha						
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAVILHÃO AURICULAR, INCLUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINUS PRÉ-AURICULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
Orelha externa						
ASPIRAÇÃO AURICULAR OU CURATIVO	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE ORELHA EXTERNA	AMB	HCO	HSO	REF		
ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORREÇÃO		HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE CISTO PRÉ-AURICULAR	AMB			REF		
FURÚNCULO - DRENAGEM	AMB			REF		
PERICONDRITE DE PAVILHÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS OU PÓLIPOS E OU BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO	REF		
TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - EXÉRESE	AMB	HCO	HSO	REF		
Orelha média						
CAUTERIZAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA	AMB	HCO	HSO	REF		
DUCHA DE POLITZER OU CURATIVO DE OUVIDO	AMB	HCO	HSO	REF		
ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA		HCO	HSO	REF		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL		HCO	HSO	REF		
FÍSTULA PERILINFÁTICA - FECHAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
GLOMUS JUGULAR - RESSECÇÃO		HCO	HSO	REF		
GLOMUS TIMPÂNICUS - RESSECÇÃO		HCO	HSO	REF		
MASTOIDECTOMIA		HCO	HSO	REF		
OUVIDO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
PARACENTESE DO TÍMPANO - MIRINGOTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT N° 44"
TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA		HCO	HSO	REF		
TIMPANOPLASTIA - MIRINGOPLASTIA		HCO	HSO	REF		
TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUÇÃO DA CADEIA OSSICULAR		HCO	HSO	REF		
TIMPANOTOMIA EXPLORADORA		HCO	HSO	REF		
TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO		HCO	HSO	REF		
Orelha interna						
DOENÇA DE MENIERE - TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO OU "SHUNT"		HCO	HSO	REF		
ENXERTO INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL		HCO	HSO	REF		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL		HCO	HSO	REF		
IMPLANTE COCLEAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT N° 33"
LABIRINTECTOMIA (MEMBRANOSA OU ÓSSEA) - SEM AUDIÇÃO		HCO	HSO	REF		
NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MÉDIA OU POSTERIOR		HCO	HSO	REF		
NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRÍNTICA - SEM AUDIÇÃO		HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL		HCO	HSO	REF		
TUMOR DO NERVO ACÚSTICO - RESSECÇÃO		HCO	HSO	REF		

Nariz e seios paranasais

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

Seios paranasais

ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL		HCO	HSO	REF	
ANTROSTOMIA MAXILAR, ETMOIDECTOMIA (ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS)		HCO	HSO	REF	
ARTÉRIA MAXILAR INTERNA - LIGADURA TRANSMAXILAR		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA - SEIOS PARANASAIS	AMB	HCO	HSO	REF	
DESCOMPRESSÃO TRANSETMOIDAL DO CANAL ÓPTICO		HCO	HSO	REF	

Nariz e seios paranasais				
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut
ETMOIDECTOMIA EXTERNA OU INTRANASAL	HCO	HSO	REF	
ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE - PÓLIPO	AMB	HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL)	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCOPICA	HCO	HSO	REF	
MAXILECTOMIA COM OU SEM EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA	HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO MAXILAR TRANSMÉATICA OU VIA FOSSA CANINA	AMB	HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE ANGIOFIBROMA	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DO MESO E INFRA-ESTRUTURA DO MAXILAR SUPERIOR	HCO	HSO	REF	
SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLÁSTICO OU VIA CORONAL	HCO	HSO	REF	
SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA	HCO	HSO	REF	
SINUSECTOMIA MAXILAR CALDWELL-LUC	HCO	HSO	REF	
SINUSECTOMIA MAXILAR OU ETMOIDAL OU ESFENOIDAL OU FRONTAL ENDOSCÓPICA OU POR MICROSCOPIA, VIA ENDONASAL	HCO	HSO	REF	
SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR - ERMIRO DE LIMA	HCO	HSO	REF	
SINUSOTOMIA ESFENOIDAL OU FRONTAL INTRANASAL OU FRONTAL VIA EXTERNA	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO - FÍSTULA OROANTRAL OU ORONASAL	HCO	HSO	REF	

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

Parede torácica					
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	HCO	HSO	REF		

Mamas

BIÓPSIA INCISIONAL DE MAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAO X OU ULTRASSONOGRRAFIA - US (MAMOTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 7"
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US OU RX - AGULHA GROSSA	AMB	HCO	HSO	REF		
COLETA DE FLUXO PAPILAR DE MAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE GINECOMASTIA		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE INVERSÃO PAPILAR		HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
DRENAGEM E/OU ASPIRAÇÃO DE SEROMA	AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE LESÃO DA MAMA POR MARCAÇÃO ESTEREOTÁXICA OU ROLL		HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA		HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE NÓDULO		HCO	HSO	REF		
FISTULECTOMIA DE MAMA		HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA AXILAR		HCO	HSO	REF		
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR ESTEREOTÁXIA, ORIENTADA POR MAMOGRAFIA, ULTRASSONOGRRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
MASTECTOMIA		HCO	HSO	REF		
MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES		HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO DE CISTO	AMB	HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO OU BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE AGULHA FINA	AMB	HCO	HSO	REF		
QUADRANTECTOMIA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR		HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES		HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA PLACA ARÉOLO MAMILAR		HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHOS MUSCULARES E/OU CUTÂNEOS EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES		HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MAMA PÓS-QUADRANTECTOMIA EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES		HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA		HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA		HCO	HSO	REF		
RETIRADA DA VÁLVULA APÓS COLOCAÇÃO DE EXPANSOR PERMANENTE		HCO	HSO	REF		
SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE EM CASO DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES		HCO	HSO	REF		

Sistema músculo-esquelético e articulações				
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut
Autotransplantes osteomiocutâneos				
AUTOTRANSPLANTE CUTÂNEO, ÓSSEO E/OU MUSCULAR LIGADO POR PEDÍCULO VASCULAR	HCO	HSO	REF	
AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	HCO	HSO	REF	
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	REF	
TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	HCO	HSO	REF	

Sistema músculo-esquelético e articulações				
Procedimentos	Segmentação			PAC D. Ut
TRANSPLANTES CUTÂNEOS AUTÓLOGOS COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	REF	
TRANSPLANTES MUSCULARES AUTÓLOGOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	REF	
TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS AUTÓLOGOS (COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	REF	
TRANSPLANTES ÓSSEOS AUTÓLOGOS VASCULARIZADOS E TRANSPLANTES OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS VASCULARIZADOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	HCO	HSO	REF	

Transplantes, reimplantes e revascularizações dos membros

REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR	HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE DOS MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES OU PARTES	HCO	HSO	REF	
TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALÂNGICA PARA A MÃO	HCO	HSO	REF	
TRANSPLANTE DE DEDOS DO PÉ PARA A MÃO	HCO	HSO	REF	

Artroscopia

ARTROCENTESE OU PUNÇÃO DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA DE ESTRUTURAS OU CAVIDADES EXTRA-ARTICULARES COM APLICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS TERAPÊUTICAS	AMB	HCO	HSO	REF
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	REF
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA P/ DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIA SINOVIAL		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA PARA DESCOMPRESSÃO SUBACROMIAL COM ROTURA DO MANGUITO ROTADOR, RESSECÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA, ARTRODESE DO OMBRO, FIXAÇÃO MENISCA		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA PARA SINOVECTOMIAS E RESSECÇÃO DE MENISCOS		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO, RETENCIONAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE INFECÇÃO, REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS OU FRAGMENTOS LIVRES, SINOVECTOMIA PARCIAL (PLICAS), ADERÊNCIAS, MANIPULAÇÕES, DESBRIDAMENTOS		HCO	HSO	REF
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE		HCO	HSO	REF

Tração

INSTALAÇÃO DE HALO CRANIANO		HCO	HSO	REF
TRAÇÃO CUTÂNEA E OU TRANSESQUELETICA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO		HCO	HSO	REF

Retirada de material de síntese

RETIRADA DE PRÓTESES DE SUBSTITUIÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES		HCO	HSO	REF
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE (QUALQUER MATERIAL)	AMB	HCO	HSO	REF

Imobilizações

APARELHOS GESSADOS (QUALQUER TIPO E LOCALIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER LOCALIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF

Sistema músculo-esquelético e articulações

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

Coluna vertebral

ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO		HCO	HSO	REF	
ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU PÔSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA COLUNA		HCO	HSO	REF	

Sistema músculo-esquelético e articulações					
Procedimentos		Segmentação			PAC D. Ut
BIÓPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA		AMB	HCO	HSO	REF
CORDOTOMIA - MIELOTOMIA			HCO	HSO	REF
DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA			HCO	HSO	REF
DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA			HCO	HSO	REF
FRATURA DO CÔCCIX - REDUÇÃO INCRUENTA		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA DO CÔCCIX - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL - REDUÇÃO INCRUENTA		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURAS OU FRATURA-LUXAÇÃO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
HEMIVÉRTEBRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
LAMINECTOMIA			HCO	HSO	REF
MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA OU INTRADURAIS			HCO	HSO	REF
OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
REDUÇÃO INCRUENTA DE OUTRAS AFECÇÕES DA COLUNA		AMB	HCO	HSO	REF
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL			HCO	HSO	REF
TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE INFANTIL			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COSTELA CERVICAL			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELTE			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESE			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISRAFISMO ESPINHAL			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DORSO CURVO OU ESCOLIOSE OU CIFOSE OU GIBA COSTAL			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMELIA, PARASITOSEs)			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO			HCO	HSO	REF
TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF

Articulação escápulo-umeral e cintura escapular					
ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA ESCAPULAR			HCO	HSO	REF
DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
DOENÇA DE SPRENGEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
ESCÁPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INCRUENTA		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
LUXAÇÕES CRÔNICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
OSTEOMIELTE AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF
PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO			HCO	HSO	REF

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RESSECÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA	HCO	HSO	REF		
REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO	HCO	HSO	REF		
TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO	HCO	HSO	REF		

Membros superiores

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

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

Sistema músculo-esquelético e articulações

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

Cintura pélvica

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

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

Membros inferiores

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

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE FÊMUR		HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE JOELHO	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE TÍBIA OU FÍBULA	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO TORNOZELO	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DO PÉ	AMB	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ÓSSEA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA COM FIXADOR EXTERNO		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
DESARTICULAÇÃO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
ENCURTAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
EPIFISIODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
EPIFISIODESE DE TÍBIA / FÍBULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FASCIOTOMIA OU RESSECÇÃO DE FASCIA PLANTAR		HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA (INCLUSIVE OSTEOCONDRA) - REDUÇÃO INCRUENTA		HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÊMUR - REDUÇÃO INCRUENTA		HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÍBULA - (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÍBULA (INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
FRATURAS, PSEUDARTROSES, CORREÇÃO DE DEFORMIDADES E ALONGAMENTOS COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES CRÔNICAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS EM JOELHO		HCO	HSO	REF		
MENISCORRAFIA		HCO	HSO	REF		
OSTEOMIELEITE DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		

Sistema músculo-esquelético e articulações						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO		HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL DE JOELHO		HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE OSSO DO PÉ		HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE ARTROPLASTIA TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO		HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE RECONSTRUÇÕES INTRA-ARTICULARES DE JOELHO		HCO	HSO	REF		
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - REDUÇÃO INCRUENTA	AMB	HCO	HSO	REF		
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
TOALETE CIRÚRGICA - CORREÇÃO DE JOELHO FLEXO		HCO	HSO	REF		
TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM JOELHO		HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO DE FÍBULA/TÍBIA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE OU OSTEOARTRITE		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADES DOS DEDOS		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EPIFISITES E TENDINITES		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO EM PÉ		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL DE JOELHO, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES INTRÍNSECAS OU COMPLEXAS DE JOELHO		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA AO NÍVEL DO PÉ		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALLUX VALGUS		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR	AMB	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS		HCO	HSO	REF		

Músculos e fascias

ALONGAMENTO		HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE MÚSCULO	AMB	HCO	HSO	REF		
DESRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		HCO	HSO	REF		
DESINSERÇÃO OU MIOTOMIA		HCO	HSO	REF		
DISSECÇÃO MUSCULAR		HCO	HSO	REF		
DRENAGEM CIRÚRGICA DO PSOAS		HCO	HSO	REF		
FASCIOTOMIA		HCO	HSO	REF		
MIORRAFIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR		HCO	HSO	REF		

Tendões, bursas e sinóvias

ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIAS CIRÚRGICAS DE TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF		

Sistema músculo-esquelético e articulações

Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
ENCURTAMENTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
SÍNDROME DO CANAL CARPIANO - TRATAMENTO CRUENTO		HCO	HSO	REF		
SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO		HCO	HSO	REF		
TENODESE	AMB	HCO	HSO	REF		
TENÓLISE NO TÚNEL ÓSTEO FIBROSO		HCO	HSO	REF		
TENÓLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES		HCO	HSO	REF		
TENORRAFIA		HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVECTOMIA		HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
TENOTOMIA		HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO)		HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ARTRODESE)		HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ENXERTO)		HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)		HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SIMPLES)		HCO	HSO	REF		
TUMORES DE TENDÃO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		

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	REF
FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA		HCO	HSO	REF
PLASTIA DE TRAQUEOSTOMA		HCO	HSO	REF
PUNÇÃO TRAQUEAL	AMB	HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO CARINAL (TRAQUEOBRÔNQUICA)		HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL		HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF
TRAQUEOPLASTIA		HCO	HSO	REF
TRAQUEORRAFIA		HCO	HSO	REF
TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF
TRAQUEOSTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF
TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRÔNQUICA		HCO	HSO	REF
TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL		HCO	HSO	REF
TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA		HCO	HSO	REF
TROCA DE PRÓTESE TRÁQUEO-ESOFÁGICA		HCO	HSO	REF

Sistema respiratório e mediastino					
Procedimentos		Segmentação		PAC	D. Ut
Brônquios					
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA		HCO	HSO	REF	
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO DE MOLDE BRÔNQUICO POR TORACOTOMIA		HCO	HSO	REF	
Pulmão					
BULECTOMIA		HCO	HSO	REF	
BULECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR		HCO	HSO	REF	
CISTO PULMONAR CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL		HCO	HSO	REF	
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR		HCO	HSO	REF	
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
EMBOLECTOMIA PULMONAR		HCO	HSO	REF	
LOBECTOMIA POR MALFORMAÇÃO PULMONAR		HCO	HSO	REF	
LOBECTOMIA PULMONAR		HCO	HSO	REF	
LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
METASTASECTOMIA PULMONAR		HCO	HSO	REF	
METASTASECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
NODULECTOMIA		HCO	HSO	REF	
PNEUMONECTOMIA		HCO	HSO	REF	
PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO		HCO	HSO	REF	
PNEUMORRAFIA		HCO	HSO	REF	
PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEO-CAVITÁRIO		HCO	HSO	REF	
POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA)		HCO	HSO	REF	
SEGMENTECTOMIA		HCO	HSO	REF	
SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF	
Pleura					
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE PLEURA POR AGULHA		AMB	HCO	HSO	REF
DESCORTICAÇÃO PULMONAR			HCO	HSO	REF
DESCORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA			HCO	HSO	REF
PLEURECTOMIA			HCO	HSO	REF
PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA			HCO	HSO	REF
PLEURODESE			HCO	HSO	REF
PLEURODESE POR VÍDEO			HCO	HSO	REF
PLEUROSCOPIA			HCO	HSO	REF
PLEUROSCOPIA POR VÍDEO			HCO	HSO	REF
PLEUROSOMIA			HCO	HSO	REF
PUNÇÃO PLEURAL		AMB	HCO	HSO	REF
REPLEÇÃO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUÇÃO DE ANTIBIÓTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VÍDEO			HCO	HSO	REF

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO	AMB	HCO	HSO	REF		
TENDA PLEURAL		HCO	HSO	REF		
TENDA PLEURAL POR VÍDEO		HCO	HSO	REF		
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VÍDEO		HCO	HSO	REF		

Mediastino

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

Diafragma

ABCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut
Defeitos cardíacos congênitos				
AMPLIAÇÃO DE ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO	HCO	HSO	REF	
CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
COARCTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	

Sistema cárdio-circulatório						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
CONFEÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM CIRURGIA VALVAR		HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO		HCO	HSO	REF		
REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGÜÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO)		HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS)		HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS)		HCO	HSO	REF		
Valvopatias						
AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR		HCO	HSO	REF		
CIRURGIA MULTIVALVAR		HCO	HSO	REF		
COMISSUROTOMIA VALVAR		HCO	HSO	REF		
PLASTIA VALVAR		HCO	HSO	REF		
TROCA VALVAR		HCO	HSO	REF		
Coronariopatias						
ANEURISMECTOMIA DE VE		HCO	HSO	REF		
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO		HCO	HSO	REF		
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM CIRURGIA VALVAR		HCO	HSO	REF		
Marca-passos						
CÁRDIO-ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE), TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IMPLANTE DE CARDIOFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 35"
IMPLANTE DE CARDIOFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 36"
IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 40"
IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 41"
IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 42"
IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 43"
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)		HCO	HSO	REF		
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)		HCO	HSO	REF		
RECOLOCAÇÃO DE ELETRODOS E/OU GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES		HCO	HSO	REF		
REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO DE MARCA-PASSO E/OU CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL COM AUXÍLIO DE DILATADOR MECÂNICO, LASER OU RADIOFREQUÊNCIA		HCO	HSO	REF		
RETIRADA DO SISTEMA OU TROCA DE GERADOR		HCO	HSO	REF		
Outros procedimentos						
COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO		HCO	HSO	REF		
COLOCAÇÃO DE STENT NA AORTA COM OU SEM CEC		HCO	HSO	REF		
DERIVAÇÃO CAVO-ATRIAL		HCO	HSO	REF		

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA CONVENCIONAL	HCO	HSO	REF		
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM CRIANÇAS DE BAIXO PESO (10 KG)	HCO	HSO	REF		
Cirurgia arterial					
ANEURISMAS DE AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF		
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA	HCO	HSO	REF		
ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA	HCO	HSO	REF		
ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR	HCO	HSO	REF		
ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR	HCO	HSO	REF		
ARTÉRIA RENAL - REVASCULARIZAÇÃO	HCO	HSO	REF		
ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	HCO	HSO	REF		
CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL - PARA PAM	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMAS QUALQUER LOCALIZAÇÃO	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	HCO	HSO	REF		
ENDARTERECTOMIAS	HCO	HSO	REF		
LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS	HCO	HSO	REF		
PONTE AORTO BILÍACA	HCO	HSO	REF		
PONTE AORTO-ILÍACA	HCO	HSO	REF		
PONTE ARTERO-ARTERIAL	HCO	HSO	REF		
PONTE AXILO-BIFEMORAL	HCO	HSO	REF		
PONTE AXILO-FEMORAL	HCO	HSO	REF		
PONTE DISTAL	HCO	HSO	REF		
PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL	HCO	HSO	REF		
PONTE FÊMORO-FEMORAL CRUZADA	HCO	HSO	REF		
PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	HCO	HSO	REF		
PONTES TRANSCERVICAIS	HCO	HSO	REF		
REOPERAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR GLÔMICO	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO	HCO	HSO	REF		
REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL	HCO	HSO	REF		
REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME VÉRTEBRO BASILAR	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR CAROTÍDEO	HCO	HSO	REF		
TRONCO CELÍACO	HCO	HSO	REF		

Cirurgia venosa

CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES	HCO	HSO	REF		
CURA CIRÚRGICA DA IMPOTÊNCIA COEUNDI VENOSA	HCO	HSO	REF		
CURA CIRÚRGICA DE HIPERTENSÃO PORTAL	HCO	HSO	REF		
FULGURAÇÃO DE TELANGIECTASIAS	AMB		REF		
IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA	HCO	HSO	REF		
INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA VEIA CAVA INFERIOR	HCO	HSO	REF		
TROMBECTOMIA VENOSA	HCO	HSO	REF		
VALVULOPLASTIA OU INTERPOSIÇÃO DE SEGMENTO VALVULADO VENOSO	HCO	HSO	REF		
VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		

Sistema cárdio-circulatório					
Procedimentos		Segmentação		PAC	D. Ut
Fístulas arteriovenosas congênicas ou adquiridas					
FÍSTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ÍLIO-ILÍACA		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO	AMB	HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFÁLICA EXTRACRANIANA		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA COMPLEMENTAR		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA RADICAL		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA PARA REDUÇÃO DE FLUXO		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA	AMB	HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORÁDICOS		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS		HCO	HSO	REF	
TROMBOEMBOLECTOMIA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA		HCO	HSO	REF	
Hemodiálise de curta e longa permanência					
COLOCAÇÃO E RETIRADA DE SHUNT TEMPORÁRIO	AMB	HCO	HSO	REF	
CONSTRUÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA	AMB	HCO	HSO	REF	
HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFÉRESE OU HEMOPERFUSÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	
HEMODIÁLISE CONTÍNUA	AMB	HCO	HSO	REF	
HEMODIÁLISE CRÔNICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
IMPLANTE POR PUNÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	AMB	HCO	HSO	REF	
IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE		HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	AMB	HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE SHUNT OU DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	AMB	HCO	HSO	REF	
ULTRAFILTRAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
Cirurgia vascular de urgência					
ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL		HCO	HSO	REF	
EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL		HCO	HSO	REF	
EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS		HCO	HSO	REF	
LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO TORÁDICAS		HCO	HSO	REF	
LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR		HCO	HSO	REF	
LESÕES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS		HCO	HSO	REF	
LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁDICAS		HCO	HSO	REF	
Hemodinâmica - cardiologia intervencionista (procedimentos diagnósticos/ terapêuticos)					
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTÉRIA PULMONAR E RAMOS		HCO	HSO	REF	PAC
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS OU DE BIFURCAÇÃO COM IMPLANTE DE STENT		HCO	HSO	REF	PAC
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA POR BALÃO		HCO	HSO	REF	PAC
ATRIOSSEPTOSTOMIA		HCO	HSO	REF	PAC
AValiação fisiológica da gravidade de obstruções (CATETER OU GUIA)		HCO	HSO	REF	PAC
BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA		HCO	HSO	REF	PAC
CATERETERISMO CARDÍACO COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRÁFICO OU CINEANGIOGRÁFICO DA AORTA E/OU RAMOS TÓRACO-ABDOMINAIS E/OU MEMBROS		HCO	HSO	REF	PAC

Sistema cárdio-circulatório

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
CATERETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINÂMICA		HCO	HSO	REF	PAC
CATERETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRÁFICO E DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO		HCO	HSO	REF	PAC
CATERETERISMO CARDÍACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRÁFICO DA ARTÉRIA PULMONAR		HCO	HSO	REF	PAC
CATERETERIZAÇÃO CARDÍACA E POR VIA TRANSEPTAL		HCO	HSO	REF	PAC
EMBOLOTERAPIA		HCO	HSO	REF	PAC
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO COM OU SEM AÇÃO FARMACOLÓGICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
MAPEAMENTO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC "DUT N° 53"
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS		HCO	HSO	REF	PAC
ESTUDO HEMODINÂMICO DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM CRIANÇAS		HCO	HSO	REF	PAC
ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR		HCO	HSO	REF	PAC
IMPLANTE DE MARCA-PASSO PROVISÓRIO OU COLOCAÇÃO DE CATETER INTRACAVITÁRIO PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA		HCO	HSO	REF	PAC
IMPLANTE DE PRÓTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA		HCO	HSO	REF	PAC
IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO CONCOMITANTE		HCO	HSO	REF	PAC
INFUSÃO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLÍTICAS		HCO	HSO	REF	PAC
MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS		HCO	HSO	REF	PAC
OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE "SHUNTS" INTRACARDÍACOS		HCO	HSO	REF	PAC
OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE FÍSTULA E/OU CONEXÕES SISTÊMICO PULMONARES		HCO	HSO	REF	PAC
OCLUSÃO PERCUTÂNEA DO CANAL ARTERIAL		HCO	HSO	REF	PAC
PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, EXCETO ATRIOSEPTESTOMIA		HCO	HSO	REF	PAC
RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO)		HCO	HSO	REF	PAC
RECANALIZAÇÃO MECÂNICA DO IAM POR ANGIOPLASTIA		HCO	HSO	REF	PAC
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES		HCO	HSO	REF	PAC
TRATAMENTO PERCUTÂNEO DO ANEURISMA/DISSECÇÃO DA AORTA		HCO	HSO	REF	PAC
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA		HCO	HSO	REF	PAC
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL		HCO	HSO	REF	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	REF	
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TORACOTOMIA)		HCO	HSO	REF	
INSTALAÇÃO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA DO LEITO (SWAN-GANZ)		HCO	HSO	REF	
INSTALAÇÃO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA TEMPORÁRIA		HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA OU DISSECÇÃO DE VEIA PARA COLOCAÇÃO CATETER	AMB	HCO	HSO	REF	

Cirurgia linfática

ANASTOMOSE LINFOVENOSA		HCO	HSO	REF	
DOENÇA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	

Sistema cárdio-circulatório					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
HIGROMA CÍSTICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
LINFANGIOPLASTIA	HCO	HSO	REF		
LINFEDEMA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
MARSUPIALIZAÇÃO DE LINFOCELE	HCO	HSO	REF		
MARSUPIALIZAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LINFOCELE	HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO BIÓPSIA GANGLIONAR	AMB	HCO	HSO	REF	
Pericárdio					
CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS	HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DO PERICÁRDIO	HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DO PERICÁRDIO POR VÍDEO	HCO	HSO	REF		
PERICARDIOCENTESE	HCO	HSO	REF		
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA	HCO	HSO	REF		
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VÍDEO	HCO	HSO	REF		
Hipotermia					
HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATÓRIA TOTAL	HCO	HSO	REF		
Miocárdio					
BIÓPSIA DO MIOCÁRDIO	HCO	HSO	REF		
CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO)	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE TUMORES INTRACARDÍACOS	HCO	HSO	REF		
Sistema digestivo e anexos					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Esôfago					
AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	HCO	HSO	REF		
DISSECÇÃO DO ESÔFAGO TORÁCICO	HCO	HSO	REF		
ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	REF		
ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA, GASTROPLASTIA)	HCO	HSO	REF		
ESOFAGORRAFIA	HCO	HSO	REF		
ESOFAGORRAFIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	HCO	HSO	REF		
ESOFAGOSTOMIA	HCO	HSO	REF		
ESTENOSE DE ESÔFAGO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	HCO	HSO	REF		
FÍSTULA TRÁQUEO ESOFÁGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	HCO	HSO	REF		
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA	HCO	HSO	REF		
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		

Sistema digestivo e anexos

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

Estômago

COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 16"
CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL	HCO	HSO	REF		
DEGASTROGASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA	HCO	HSO	REF		
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	REF		
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM OU SEM TORACOTOMIA	HCO	HSO	REF		
GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIALCOM OU SEM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	REF		
GASTROENTEROANASTOMOSE	HCO	HSO	REF		
GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 27"
GASTRORRAFIA	HCO	HSO	REF		
GASTROSTOMIA CONFEÇÃO / FECHAMENTO	HCO	HSO	REF		
GASTROSTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	HCO	HSO	REF		
MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
PILOROPLASTIA	HCO	HSO	REF		
PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES GÁSTRICAS	HCO	HSO	REF		
VAGOTOMIA (QUALQUER TIPO)	HCO	HSO	REF		
VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		

Intestinos

AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO	HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA	HCO	HSO	REF		
ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
ANORRETOMIOMECTOMIA	HCO	HSO	REF		
APENDICECTOMIA	HCO	HSO	REF		
APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
ATRESIA INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	HCO	HSO	REF		

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

Sistema digestivo e anexos

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

Fígado e vias biliares

ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF		
ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF		
ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA		HCO	HSO	REF		
ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA HEPÁTICA POR LAPAROTOMIA		HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA HEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSPARIETAL	AMB	HCO	HSO	REF		
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA		HCO	HSO	REF		
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTOJEJUNOSTOMIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTOSTOMIA		HCO	HSO	REF		

Sistema digestivo e anexos					
Procedimentos		Segmentação			PAC D. Ut
COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA		HCO	HSO	REF	
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
COLÉDOCO OU HEPATICOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA		HCO	HSO	REF	
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
COLEDOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA		HCO	HSO	REF	
COLEDOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
COLEDOSCOPIA INTRA-OPERATÓRIA		HCO	HSO	REF	
DERIVAÇÃO PORTO SISTÊMICA		HCO	HSO	REF	
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA		HCO	HSO	REF	
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
DESVASCULARIZAÇÃO HEPÁTICA		HCO	HSO	REF	
DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPÁTICA		HCO	HSO	REF	
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS		HCO	HSO	REF	
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DIRIGIDA OU NÃO DE TUMOR HEPÁTICO (ALCOOLIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	
HEPATORRAFIA		HCO	HSO	REF	
HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES		HCO	HSO	REF	
LOBECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO	REF	
PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL		HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS		HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
CISTO DE COLÉDOCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 1"
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 1"
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 1"
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA		HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM OU SEM HEPATECTOMIA		HCO	HSO	REF	
SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO	REF	
SEQUESTRECTOMIA HEPÁTICA		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES		HCO	HSO	REF	
TRISSEGMENTECTOMIAS		HCO	HSO	REF	
Pâncreas					
BIÓPSIA DE PÂNCREAS		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE PÂNCREAS POR PUNÇÃO DIRIGIDA		HCO	HSO	REF	
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS		HCO	HSO	REF	
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
PANCREATECTOMIA PARCIAL OU TOTAL / SEQUESTRECTOMIA		HCO	HSO	REF	
PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO		HCO	HSO	REF	

Sistema digestivo e anexos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	HCO	HSO	REF		
PANCREATO-ENTEROSTOMIA	HCO	HSO	REF		
PANCREATORRAFIA	HCO	HSO	REF		
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM	HCO	HSO	REF		
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA	HCO	HSO	REF		

Baço

BIÓPSIA ESPLÊNICA	AMB	HCO	HSO	REF	
ESPLENECTOMIA TOTAL OU PARCIAL		HCO	HSO	REF	
ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
ESPLENORRAFIA		HCO	HSO	REF	

Peritônio

DIÁLISE PERITONEAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) - TREINAMENTO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
EPIPLOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
IMPLANTE OU RETIRADA DE CATETER PERITONEAL (TENCKHOFF OU OUTROS)		HCO	HSO	REF	PAC
OMENECTOMIA		HCO	HSO	REF	
OMENECTOMIA LAPAROSCÓPICA		HCO	HSO	REF	

Abdome, parede e cavidade

BIÓPSIA DE PAREDE ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO	REF	
CISTO SACRO-COCCÍGEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
HÉRNIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA CRURAL		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA CRURAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA INCISIONAL		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA INGUINAL		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA LOMBAR		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA		HCO	HSO	REF	
HERNIORRAFIA UMBILICAL		HCO	HSO	REF	
LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA BIÓPSIA, DRENAGEM DE ABSCESSO OU LIBERAÇÃO DE BRIDAS EM VIGÊNCIA DE OCLUSÃO		HCO	HSO	REF	
NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXÉRESE		HCO	HSO	REF	
ONFALOCELE/GASTROSCUISE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
PARACENTESE ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO	REF	
PARACENTESE ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA		HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTÂNEO		HCO	HSO	REF	

Sistema digestivo e anexos				
Procedimentos	Segmentação			PAC
REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA DE ÚRACO	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTÉRICO	HCO	HSO	REF	
RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA TOTAL OU EVISCERAÇÃO)	HCO	HSO	REF	
TERATOMA SACRO-COCCÍGEO - EXÉRESE	HCO	HSO	REF	
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	REF

Sistema urinário				
Procedimentos	Segmentação			PAC
Rim, bacinete e supra-renal				
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM PERCUTÂNEA	HCO	HSO	REF	
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL DRENAGEM CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
ADRENALECTOMIA	HCO	HSO	REF	
ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
ANGIOPLASTIA RENAL	HCO	HSO	REF	
ANGIOPLASTIA RENAL TRANSLUMINAL	HCO	HSO	REF	PAC
AUTOTRANSPLANTE RENAL	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA RENAL CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
CISTO RENAL - ESCLEROTERAPIA PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	REF
ENDOPIELOTOMIA	HCO	HSO	REF	
ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF	
FÍSTULA PIELO-CUTÂNEA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF	
LOMBOTOMIA EXPLORADORA	HCO	HSO	REF	
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS RENAIS	HCO	HSO	REF	
NEFRECTOMIA	HCO	HSO	REF	
NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
NEFRECTOMIA COM URETERECTOMIA	HCO	HSO	REF	
NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA	HCO	HSO	REF	
NEFROLITOTOMIA SIMPLES, ANATRÓFICA OU PERCUTÂNEA	HCO	HSO	REF	
NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	HCO	HSO	REF	PAC
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC., E.H. OU US)	HCO	HSO	REF	
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA A LASER	HCO	HSO	REF	PAC
NEFROPEXIA	HCO	HSO	REF	
NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
NEFRORRAFIA	HCO	HSO	REF	
NEFROSTOMIA	HCO	HSO	REF	
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	REF
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL	HCO	HSO	REF	
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
PIEOLITOTOMIA	HCO	HSO	REF	
PIEOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
PIEOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES OU ANATRÓFICA	HCO	HSO	REF	
PIELOPLASTIA	HCO	HSO	REF	
PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	

Sistema urinário

Procedimentos		Segmentação			PAC
PIELOTOMIA		HCO	HSO	REF	
PIELOTOMIA EXPLORADORA		HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNÓSTICO DE REJEIÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC
PUNÇÃO BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	REF	
REVASCULARIZAÇÃO RENAL		HCO	HSO	REF	
SINFISIOTOMIA (RIM EM FERRADURA)		HCO	HSO	REF	
TRANSURETERO ANASTOMOSE		HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA PIELO-INTESTINAL		HCO	HSO	REF	
TUMOR RENAL - ENUCLEAÇÃO		HCO	HSO	REF	
TUMOR WILMS - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
TUMORES RETRO-PERITONEAIS - EXÉRESE		HCO	HSO	REF	

Ureter

BIÓPSIA CIRÚRGICA DE URETER		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETER	AMB	HCO	HSO	REF	
CATETERISMO URETERAL		HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO CIRÚRGICA DE DUPLO J		HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J		HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J		HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J		HCO	HSO	REF	
CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VÉSICO-URETERAL		HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA		HCO	HSO	REF	
DUPLICAÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA (TRATAMENTO CIRÚRGICO)		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA URETERO-INTESTINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA URETERO-VAGINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)		HCO	HSO	REF	
MEATOTOMIA ENDOSCÓPICA		HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA, INTRA OU TRANSVESICAL		HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL		HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCÓPICO		HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE URETERO-VESICAL		HCO	HSO	REF	
REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCÓPICO		HCO	HSO	REF	
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO DE URETER		HCO	HSO	REF	
TRANSURETEROSTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETERECTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETEROCELE -TRATAMENTO CIRURGICO OU ENDOSCOPICO		HCO	HSO	REF	
URETEROILEOCISTOSTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETEROILEOSTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETERÓLISE		HCO	HSO	REF	
URETEROLITOTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA		HCO	HSO	REF	PAC
URETEROPLASTIA		HCO	HSO	REF	
URETERORRENOLITOTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETERORRENOLITOTRIPSIA A LASER		HCO	HSO	REF	PAC
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA (MEC., E.H., OU US)		HCO	HSO	REF	
URETEROSSIGMOIDOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
URETEROSSIGMOIDOSTOMIA		HCO	HSO	REF	

Sistema urinário				
Procedimentos	Segmentação			PAC
URETEROSTOMIA CUTÂNEA	HCO	HSO	REF	
URETEROTOMIA INTERNA PERCUTÂNEA	HCO	HSO	REF	
URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCÓPICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	HCO	HSO	REF	
URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA	HCO	HSO	REF	
URETEROURETEROSTOMIA	HCO	HSO	REF	
URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF	

Bexiga				
AMPLIAÇÃO VESICAL	HCO	HSO	REF	
BEXIGA PSÓICA	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA	AMB	HCO	HSO	REF
BIÓPSIA VESICAL A CÉU ABERTO	HCO	HSO	REF	
CÁLCULO VESICAL - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF
CISTECTOMIA	HCO	HSO	REF	
CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA (INCLUI PRÓSTATA OU ÚTERO)	HCO	HSO	REF	
CISTOLITOTOMIA	HCO	HSO	REF	
CISTOLITOTRIPSIA A LASER	HCO	HSO	REF	PAC
CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	HCO	HSO	REF	PAC
CISTOLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (U.S., E.H., E.C.)	HCO	HSO	REF	
CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)	HCO	HSO	REF	
CISTOPLASTIA REDUTORA	HCO	HSO	REF	
CISTORRAFIA	HCO	HSO	REF	
CISTOSTOMIA CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	AMB	HCO	HSO	REF
CISTOSTOMIA POR PUNÇÃO COM TROCATER	AMB	HCO	HSO	REF
COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	REF	
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF
DIVERTICULECTOMIA VESICAL	HCO	HSO	REF	
ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)	HCO	HSO	REF	
EXTROFIA EM CLOACA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF	
EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF	
FÍSTULA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL, SINTÉTICO OU AUTÓLOGO	HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DE COLO	HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO	HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE)	HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)	HCO	HSO	REF	
NEOBEXIGA CONTINENTE (CUTÂNEA, RETAL OU URETRAL)	HCO	HSO	REF	
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO CIRÚRGICA	HCO	HSO	REF	
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF
PUNÇÃO E ASPIRAÇÃO VESICAL	AMB	HCO	HSO	REF
REIMPLANTE URETERO-VESICAL À BOARI	HCO	HSO	REF	
RETENÇÃO POR COÁGULO - ASPIRAÇÃO VESICAL	AMB	HCO	HSO	REF

Sistema urinário

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	HCO	HSO	REF		
TUMOR VESICAL - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	HCO	HSO	REF		
TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
"TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)"	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT N° 73"
VESICOSTOMIA CUTÂNEA - CONFEÇÃO OU FECHAMENTO	HCO	HSO	REF		

Sistema genital e reprodutor masculino

Procedimentos	Segmentação				PAC
Uretra					
ABCESSO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	AMB	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETRA	AMB	HCO	HSO	REF	
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF	
DIVERTÍCULO URETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
ELETROCOAGULAÇÃO ENDOSCÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF	
ESFINCTEROTOMIA		HCO	HSO	REF	
FÍSTULA URETRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 48"
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO (EXCETO ESFÍNCTER ARTIFICIAL)		HCO	HSO	REF	
INJEÇÕES PERIURETRAIS (INCLUINDO URETROCISTOSCOPIA)		HCO	HSO	REF	
MEATOPLASTIA (RETALHO CUTÂNEO)		HCO	HSO	REF	
MEATOTOMIA URETRAL	AMB	HCO	HSO	REF	
NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)		HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE CARÚNCULA	AMB	HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DE VÁLVULA URETRAL POSTERIOR		HCO	HSO	REF	
TUMOR URETRAL - EXCISÃO		HCO	HSO	REF	
URETRECTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETROPLASTIA		HCO	HSO	REF	
URETROTOMIA		HCO	HSO	REF	
URETROTOMIA INTERNA COM OU SEM PRÓTESE ENDOURETRAL		HCO	HSO	REF	

Próstata e vesículas seminais

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

Sistema genital e reprodutor masculino					
Procedimentos		Segmentação		PAC	D. Ut
Escroto					
BIÓPSIA ESCROTAL	AMB	HCO	HSO	REF	
DRENAGEM DE ABSCESSO	AMB	HCO	HSO	REF	
ELEFANTÍASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE CISTO ESCROTAL	AMB	HCO	HSO	REF	
RECONSTRUÇÃO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO		HCO	HSO	REF	
RESSECÇÃO DA BOLSA ESCROTAL		HCO	HSO	REF	
Testículo					
AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTÍCULO		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE TESTÍCULO	AMB	HCO	HSO	REF	
ESCROTO AGUDO - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
HIDROCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR		HCO	HSO	REF	
ORQUIDOPEXIA		HCO	HSO	REF	
ORQUIDOPEXIA LAPAROSCÓPICA		HCO	HSO	REF	
ORQUIECTOMIA		HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO DA VAGINAL	AMB	HCO	HSO	REF	
REPARAÇÃO PLÁSTICA (TRAUMA)		HCO	HSO	REF	
TORÇÃO DE TESTÍCULO - CURA CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
TUMOR DE TESTÍCULO - RESSECÇÃO		HCO	HSO	REF	
VARICOCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA		HCO	HSO	REF	
Epidídimo					
BIÓPSIA DE EPIDÍDIMO	AMB	HCO	HSO	REF	
DRENAGEM DE ABSCESSO	AMB	HCO	HSO	REF	
EPIDIDIMECTOMIA		HCO	HSO	REF	
EPIDIDIMOVASOPLASTIA (INCLUINDO MICROCIRURGIA)		HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE CISTO	AMB	HCO	HSO	REF	
Cordão espermático					
ESPERMATOCELECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DO DEFERENTE		HCO	HSO	REF	
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		HCO	HSO	REF	"DUT Nº 12"
VASOVOASOANASTOMOSE (EXCETO PARA REVERSÃO DE VASECTOMIA)		HCO	HSO	REF	
Pênis					
AMPUTAÇÃO PARCIAL OU TOTAL		HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA PENIANA	AMB	HCO	HSO	REF	
DOENÇA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS		HCO	HSO	REF	
EMASCULAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO OU FASCEÍTE NECROTIZANTE		HCO	HSO	REF	
EPISPADIA - RECONSTRUÇÃO		HCO	HSO	REF	
EPISPADIA COM INCONTINÊNCIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		HCO	HSO	REF	

Sistema genital e reprodutor masculino

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
FRATURA DE PÊNIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
HIPOSPADIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE PRÓTESE SEMI-RÍGIDA (EXCLUI PRÓTESES INFLÁVEIS)	HCO	HSO	REF		
NEOFALOPLASTIA COM OU SEM RECONSTRUÇÃO URETRAL	HCO	HSO	REF		
PARAFIMOSE - REDUÇÃO MANUAL OU CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO	REF	
PÊNIS CURVO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
PLÁSTICA - RETALHO CUTÂNEO À DISTÂNCIA	HCO	HSO	REF		
PLÁSTICA DE CORPO CAVERNOSO	AMB	HCO	HSO	REF	
PLÁSTICA DO FREIO BÁLANO-PREPUCL	AMB	HCO	HSO	REF	
POSTECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE PÊNIS COM ENXERTO - PLÁSTICA TOTAL	HCO	HSO	REF		
REIMPLANTE DO PÊNIS	HCO	HSO	REF		
REVASCULARIZAÇÃO PENIANA	HCO	HSO	REF		

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Vulva					
ABSCESSE PERINEAL - DRENAGEM CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO	REF	
BARTOLINECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE VULVA	AMB	HCO	HSO	REF	
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VULVA		HCO	HSO	REF	
CLITORIDECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
CLITOROPLASTIA		HCO	HSO	REF	
EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA		HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE GLÂNDULA DE SKENE	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO	AMB	HCO	HSO	REF	
HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA	AMB	HCO	HSO	REF	
INCISÃO E DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN OU SKENE	AMB	HCO	HSO	REF	
MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN	AMB	HCO	HSO	REF	
VULVECTOMIA		HCO	HSO	REF	

Vagina

BIÓPSIA DE VAGINA	AMB	HCO	HSO	REF	
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VAGINA		HCO	HSO	REF	
COLPECTOMIA		HCO	HSO	REF	
COLPOCLEISE (LEFORT)		HCO	HSO	REF	
COLPOPLASTIA		HCO	HSO	REF	
COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA (INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL)		HCO	HSO	REF	
COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	AMB	HCO	HSO	REF	
EXÉRESE DE CISTO VAGINAL	AMB	HCO	HSO	REF	
EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO		HCO	HSO	REF	

Sistema genital e reprodutor feminino

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
FÍSTULA GINECOLÓGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	HCO	HSO	REF		
HIMENOTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
NEOVAGINA (CÓLON, DELGADO, TUBO DE PELE)	HCO	HSO	REF		

Útero

BIÓPSIA DO COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DO ENDOMÉTRIO	AMB	HCO	HSO	REF	
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DE COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO	REF	
CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA E/OU TERAPÊUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO	HCO	HSO	REF		
DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	AMB	HCO	HSO	REF	
EXCISÃO DE PÓLIPO CERVICAL	AMB	HCO	HSO	REF	
HISTERECTOMIA SUBTOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (VIA ALTA OU BAIXA)	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA AMPLIADA	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)	HCO	HSO	REF		
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANEXECTOMIA	HCO	HSO	REF		
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	AMB	HCO	HSO	REF	
HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCÓPIO PARA MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA, METROPLASTIA, ENDOMETRECTOMIA E RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO - INCLUI O DISPOSITIVO	AMB			REF	
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO	AMB			REF	
METROPLASTIA	HCO	HSO	REF		
MIOMECTOMIA UTERINA	HCO	HSO	REF		
MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF)	HCO	HSO	REF		

Tubas

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 11"
NEOSSALPINGOSTOMIA / SALPINGECTOMIA	HCO	HSO	REF		
SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA	HCO	HSO	REF		

Ovários

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

Sistema genital e reprodutor feminino

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

Cavidade e paredes pélvicas

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

Partos e outros procedimentos obstétricos

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

Sistema nervoso - central e periférico					
Procedimentos		Segmentação		PAC	D. Ut
Encéfalo					
BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA	HCO	HSO	REF		
CRANIOTOMIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO	HCO	HSO	REF		
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA OU PERITONEAL	HCO	HSO	REF		
DRENAGEM ESTEREOTÁXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABSCESSOS	HCO	HSO	REF		
HIPOFISECTOMIA	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 38"
IMPLANTE ESTEREOTÁXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 45"
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	HCO	HSO	REF		
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO	HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	HCO	HSO	REF		
SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS (INSTALAÇÃO, RETIRADA OU REVISÕES)	HCO	HSO	REF		
TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 72"
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS COM OU SEM MICROSCOPIA	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA REGIÃO SELAR POR ACESSO ENDOSCÓPICO OU CONVENCIONAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO ENCEFÁLICO	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA EXTRADURAL, SUBDURAL OU INTRACEREBRAL	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO PRÉ-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	HCO		REF		
Medula					
CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 17"
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 37"
MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 55"
PUNÇÃO LIQUÓRICA RAQUIANA OU CISTERNAL	AMB	HCO	HSO	REF	
TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS PUNÇÃO (NÃO INDICADO NA PROFILAXIA DA CEFALÉIA)	AMB	HCO	HSO	REF	
Nervos periféricos					
ANASTOMOSE ESPINO-FACIAL	HCO	HSO	REF		
ANASTOMOSE HIPOGLOSSO-FACIAL	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE NERVO	AMB	HCO	HSO	REF	

Sistema nervoso - central e periférico

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF		
BLOQUEIO FENÓLICO E/OU ALCOÓLICO	AMB	HCO	HSO	REF		
BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 8"
DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR		HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE NERVO		HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR		HCO	HSO	REF		
ENXERTO PARA REPARO DE NERVO		HCO	HSO	REF		
EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS (COM OU SEM ENXERTO INTERFASCICULAR)		HCO	HSO	REF		
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)		HCO	HSO	REF		
EXTIRPAÇÃO DE NEUROMA		HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 39"
LESÃO DE NERVOS ASSOCIADA À LESÃO ÓSSEA		HCO	HSO	REF		
LESÃO ESTEREOTÁXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL		HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA DE NERVOS PERIFÉRICOS		HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES		HCO	HSO	REF		
MICRONEURÓLISE		HCO	HSO	REF		
MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR		HCO	HSO	REF		
MICRONEURORRAFIA		HCO	HSO	REF		
NEURÓLISE DAS SÍNDROMES COMPRESSIVAS		HCO	HSO	REF		
NEUROTOMIA		HCO	HSO	REF		
NEUROTRIPTIA		HCO	HSO	REF		
REPOSIÇÃO DE FÁRMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	AMB	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE NEUROMA		HCO	HSO	REF		
REVISÃO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	AMB	HCO	HSO	REF		
RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF		"DUT Nº 62"
SIMPATECTOMIA		HCO	HSO	REF		
SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO DE NERVO		HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS		HCO	HSO	REF		

Nervos cranianos

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

Sistema nervoso autônomo

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

Transplantes de órgãos ou tecidos					
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut	

Córnea					
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	HCO	HSO	REF		
TRANSPLANTE DE CÔRNEA	HCO	HSO	REF		

Rim					
NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO	HCO	HSO	REF		
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	HCO	HSO	REF		
TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO)	HCO	HSO	REF		

Medula óssea					
AFÉRESE PARA PACIENTE ABO INCOMPATÍVEL	HCO	HSO	REF	PAC	
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PROCESSADORA AUTOMÁTICA (AFÉRESE TERAPÊUTICA)	HCO	HSO	REF	PAC	
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PUNÇÃO MEDULAR ASPIRATIVA DIRETA	HCO	HSO	REF	PAC	
CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF	PAC	
DESCONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF	PAC	
DETERMINAÇÃO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLÔNIAS	HCO	HSO	REF	PAC	
DETERMINAÇÃO DE VIABILIDADE CELULAR	HCO	HSO	REF	PAC	
ESTIMULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	HCO	HSO	REF	PAC	
MANUTENÇÃO POR CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA (ATÉ 2 ANOS)	HCO	HSO	REF	PAC	
PREPARO E FILTRAÇÃO DO ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF	PAC	
PREPARO PARA CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF	PAC	
PROCESSAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	HCO	HSO	REF	PAC	
QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	HCO	HSO	REF	PAC	
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 70"
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 71"

Outros procedimentos invasivos					
Procedimentos	Segmentação		PAC	D. Ut	

Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares					
ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL	AMB	HCO	HSO	REF	
ANESTESIA GERAL OU CONDUTIVA PARA REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROLÍTICO		HCO	HSO	REF	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS CRANIANOS		HCO	HSO	REF	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO CELÍACO		HCO	HSO	REF	PAC
BLOQUEIO ANESTÉSICO SIMPÁTICO		HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR		HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM ANESTÉSICO LOCAL		HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM NEUROLÍTICO		HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXOS NERVOSOS (LOMBOSSACRO, BRAQUIAL, CERVICAL) PARA TRATAMENTO DE DOR	AMB	HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO FACETÁRIO PARA-ESPINHOSO	AMB	HCO	HSO	REF	
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DE NERVOS CRANIANOS OU CÉRVICO-TORÁCICO		HCO	HSO	REF	PAC

Outros procedimentos invasivos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR OU TORÁCICO	HCO	HSO	REF	PAC	
BLOQUEIO NEUROLÍTICO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO	HCO	HSO	REF	PAC	
BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM CORTICÓIDE	HCO	HSO	REF	PAC	
BLOQUEIO SIMPÁTICO POR VIA VENOSA	HCO	HSO	REF		
INSTALAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA ANALGESIA EM DOR AGUDA OU CRÔNICA, POR QUALQUER VIA	AMB	HCO	HSO	REF	
PASSAGEM DE CATÉTER PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM BLOQUEIO DE PROVA	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos

Legenda: od – Odontológico | amb – Ambulatorial | hco – Hospitalar com Obstetrícia | hso – Hospitalar sem Obstetrícia | 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	REF		
ECG DE ALTA RESOLUÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORÇADA, CONSUMO DE O2, PRODUÇÃO DE CO2 E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA)	AMB	HCO	HSO	REF		
ESTUDO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 68"	
TESTE ERGOMÉTRICO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO) COM OU SEM ELETROCARDIOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE ERGOMÉTRICO COM REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL	AMB	HCO	HSO	REF		
Tubo digestivo						
MANOMETRIA ANORRETAL	AMB	HCO	HSO	REF		
MANOMETRIA ESOFÁGICA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO	AMB	HCO	HSO	REF		
MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
PH-METRIA ESOFÁGICA	AMB	HCO	HSO	REF		
PLETISMOGRAFIA PENIANA NOTURNA	AMB	HCO	HSO	REF		
Sistema nervoso						
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	AMB	HCO	HSO	REF		
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR CONDICIONADA	AMB	HCO	HSO	REF		
AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO/INTELIGIBILIDADE (LOGO-AUDIOMETRIA)	AMB	HCO	HSO	REF		
AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA / AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 5"	
EEG INTRA-OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA NÃO NEUROLÓGICA (EEG/IO)		HCO	HSO	REF		
ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL) COM OU SEM ANÁLISE DE COERÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ELETROCOCLEOGRAFIA (ECHOCHG)	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA (ECOG)		HCO	HSO	REF		
ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDAÇÃO, EEG PROLONGADO		HCO	HSO	REF		
ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA, VIGÍLIA OU SONO, HIPERVENTILAÇÃO, FOTOESTIMULAÇÃO, ANALÓGICO OU DIGITAL (EEG/R)	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETRGLOTOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO COM OU SEM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETRO-OCULOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		

Eletrofisiológicos / mecânicos e funcionais

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

Exames ósteo - músculo - articulares

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

Função respiratória

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

Endoscópicos						
Procedimentos		Segmentação			PAC	
Endoscopia diagnóstica ou intervencionista						
AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (FEES)		AMB	HCO	HSO	REF	
AMNIOSCOPIA		AMB	HCO	HSO	REF	
ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA ENDOSCÓPICA			HCO	HSO	REF	
BIÓPSIAS POR LAPAROSCOPIA			HCO	HSO	REF	
BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCÓPICO			HCO	HSO	REF	PAC
BRONCOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA, ASPIRADO, ESCOVADO, LAVADO BRONCOALVEOLAR, PUNÇÃO, CATETER PROTEGIDO E CURETA		AMB	HCO	HSO	REF	
CECOSTOMIA			HCO	HSO	REF	
CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA		AMB	HCO	HSO	REF	
COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCÓPICA		AMB	HCO	HSO	REF	
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA		AMB	HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA		AMB	HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA			HCO	HSO	REF	PAC
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCÓPICA			HCO	HSO	REF	
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU BRÔNQUICA			HCO	HSO	REF	
COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA COM OU SEM DILATAÇÃO SEGMENTAR OU ESTENOSTOMIA		AMB	HCO	HSO	REF	
DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA		AMB	HCO	HSO	REF	
DESOBSTURÇÃO BRÔNQUICA COM LASER OU ELETROCAUTÉRIO			HCO	HSO	REF	
DESOBSTURÇÃO BRÔNQUICA POR BRONCOASPIRAÇÃO			HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRÔNQUICA			HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÓFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO		AMB	HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA		AMB	HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL			HCO	HSO	REF	
DIVERTICULOTOMIA			HCO	HSO	REF	
DRENAGEM CAVITÁRIA POR LAPAROSCOPIA			HCO	HSO	REF	
ECOENDOSCOPIA (ULTRASSOM ENDOSCÓPICO) COM OU SEM PUNÇÃO POR AGULHA		AMB	HCO	HSO	REF	
ENDOSCOPIA COM PAPILOTOMIA		AMB	HCO	HSO	REF	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		AMB	HCO	HSO	REF	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA		AMB	HCO	HSO	REF	
ENTEROSCOPIA		AMB	HCO	HSO	REF	
ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÓFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO		AMB	HCO	HSO	REF	
ESTENOSTOMIA ENDOSCÓPICA		AMB	HCO	HSO	REF	
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA			HCO	HSO	REF	
HEMOSTASIA MECÂNICA E/OU TÉRMICA DO ESÓFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO			HCO	HSO	REF	
HEMOSTASIA TÉRMICA POR ENDOSCOPIA			HCO	HSO	REF	
HEMOSTASIAS DE CÓLON			HCO	HSO	REF	
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM OU SEM BIÓPSIA		AMB	HCO	HSO	REF	
INTRODUÇÃO DE PRÓTESE NO ESÓFAGO		AMB	HCO	HSO	REF	
JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA			HCO	HSO	REF	
LAPAROSCOPIA			HCO	HSO	REF	
LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXÍVEL)			HCO	HSO	REF	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATAÇÃO DE ESTENOSE		AMB	HCO	HSO	REF	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXÊRESE DE PAPILOMA/TUMOR		AMB	HCO	HSO	REF	

Endoscópicos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM OU SEM MICROSCOPIA PARA RETIRADA DE PÓLIPO/NÓDULO/PAPILOMA		HCO	HSO	REF	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E BIÓPSIA (TUBO RÍGIDO OU FLEXÍVEL)	AMB	HCO	HSO	REF	
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBAÇÃO ORO OU NASOTRAQUEAL	AMB	HCO	HSO	REF	
LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	AMB	HCO	HSO	REF	
MUCOSECTOMIA		HCO	HSO	REF	
NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO	REF	
PAPILOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PROTESE OU DRENO		HCO	HSO	REF	
PAPILOMIA ENDOSCÓPICA (PARA RETIRADA DE CÁLCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)		HCO	HSO	REF	
PASSAGEM DE Sonda NASO-ENTERAL	AMB	HCO	HSO	REF	
POLIPECTOMIA DE CÔLON	AMB	HCO	HSO	REF	
POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	AMB	HCO	HSO	REF	
RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA OU POLIPO POR BRONCOSCOPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO QUALQUER LOCALIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	AMB	HCO	HSO	REF	
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM POLIPECTOMIA E/OU MUCOSECTOMIA	AMB	HCO	HSO	REF	
TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI (TESTE DE HEALD)	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMOPTISE		HCO	HSO	REF	
URETEROSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDO		HCO	HSO	REF	
URETROTOMIA ENDOSCÓPICA		HCO	HSO	REF	
VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VELO-PALATINO COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	AMB	HCO	HSO	REF	
VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	AMB	HCO	HSO	REF	
VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	AMB	HCO	HSO	REF	
VÍDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Bioquímica (sangue, urina e outros materiais)					
3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	AMB	HCO	HSO	REF	
5-NUCLEOTIDASE	AMB	HCO	HSO	REF	
ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO CÍTRICO (CITRATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO FÓLICO (FOLATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO LÁCTICO (LACTATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO ORÓTICO (OROTATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO OXÁLICO (OXALATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO PIRÚVICO (PIRUVATO)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO SIÁLICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO ÚRICO	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos Laboratoriais						
Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
ÁCIDO VALPRÓICO	AMB	HCO	HSO	REF		
ÁCIDOS GRAXOS LIVRES	AMB	HCO	HSO	REF		
ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 2"
ALBUMINA	AMB	HCO	HSO	REF		
ALDOLASE	AMB	HCO	HSO	REF		
ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	AMB	HCO	HSO	REF		
ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	AMB	HCO	HSO	REF		
ALFA-2-MACROGLOBULINA	AMB	HCO	HSO	REF		
ALFA-FETOPROTEÍNA	AMB	HCO	HSO	REF		
ALUMÍNIO	AMB	HCO	HSO	REF		
AMILASE	AMB	HCO	HSO	REF		
AMILASE TOTAL E PANCREÁTICA	AMB	HCO	HSO	REF		
AMILOIDOSE - TTR	AMB	HCO	HSO	REF		
AMINOÁCIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
AMÔNIA	AMB	HCO	HSO	REF		
AMP - CÍCLICO NEFROGÊNICO (SANGUE E URINA)	AMB	HCO	HSO	REF		
APOLIPOPROTEÍNA A (APO A)	AMB	HCO	HSO	REF		
APOLIPOPROTEÍNA B (APO B)	AMB	HCO	HSO	REF		
BETA-GLICURONIDASE	AMB	HCO	HSO	REF		
BICARBONATO	AMB	HCO	HSO	REF		
BILIRRUBINAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CÁLCIO	AMB	HCO	HSO	REF		
CÁLCIO IÔNICO	AMB	HCO	HSO	REF		
CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO	AMB	HCO	HSO	REF		
CAROTENO	AMB	HCO	HSO	REF		
CATECOLAMINAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CERULOPLASMINA	AMB	HCO	HSO	REF		
CLEARANCE DE ÁCIDO ÚRICO	AMB	HCO	HSO	REF		
CLEARANCE DE CREATININA	AMB	HCO	HSO	REF		
CLEARANCE DE FOSFATO	AMB	HCO	HSO	REF		
CLEARANCE DE URÉIA	AMB	HCO	HSO	REF		
CLORO	AMB	HCO	HSO	REF		
COBRE	AMB	HCO	HSO	REF		
COLESTEROL (HDL)	AMB	HCO	HSO	REF		
COLESTEROL (LDL)	AMB	HCO	HSO	REF		
COLESTEROL (VLDL)	AMB	HCO	HSO	REF		
COLESTEROL TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATINA	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATININA	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATINO FOSFOQUINASE	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATINO FOSFOQUINASE - CK MASSA	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB	AMB	HCO	HSO	REF		
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	AMB	HCO	HSO	REF		
DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
DESIDROGENASE GLUTÂMICA	AMB	HCO	HSO	REF		
DESIDROGENASE LÁCTICA	AMB	HCO	HSO	REF		
DESIDROGENASE LÁCTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE ANTIMICROBIANOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE ANTICONVULSIVANTES	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE BARBITÚRICOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE DIGITÁLICOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE IMUNOSSUPRESSORES	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE ANTIARRITMICOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOSAGEM DE TEOFILINA	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 22"
ENOLASE NEURÔNIO-ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO	REF		
ETOSUXÍMIDA	AMB	HCO	HSO	REF		
FENILALANINA, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
FERRITINA	AMB	HCO	HSO	REF		
FERRO SÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ALCALINA	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTÁVEL	AMB	HCO	HSO	REF		
FÓSFORO	AMB	HCO	HSO	REF		
FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS)	AMB	HCO	HSO	REF		
FRUTOSE	AMB	HCO	HSO	REF		
GALACTOSE	AMB	HCO	HSO	REF		
GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 26"
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	AMB	HCO	HSO	REF		
GASOMETRIA (PH, PCO2, TCO2, PO2, SAT O2, HCO3, EXCESSO DE BASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM GLICOSE	AMB	HCO	HSO	REF		
GLICOSE	AMB	HCO	HSO	REF		
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	AMB	HCO	HSO	REF		
GLOBULINA	AMB	HCO	HSO	REF		
HAPTOGLOBINA	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE	AMB	HCO	HSO	REF		
HEXOSAMINIDASE A, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
HIDROXIPROLINA	AMB	HCO	HSO	REF		
HOMOCISTEÍNA	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais							
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut	
IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 47"
LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA		AMB	HCO	HSO	REF		
LIPASE		AMB	HCO	HSO	REF		
LIPÍDIOS TOTAIS		AMB	HCO	HSO	REF		
LÍTIO		AMB	HCO	HSO	REF		
MAGNÉSIO		AMB	HCO	HSO	REF		
MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA		AMB	HCO	HSO	REF		
MICOBACTÉRIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA		AMB	HCO	HSO	REF		
MIOGLOBINA		AMB	HCO	HSO	REF		
MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA		AMB	HCO	HSO	REF		
OCITOCINASE		AMB	HCO	HSO	REF		
OSMOLALIDADE		AMB	HCO	HSO	REF		
PAPP-A		AMB	HCO	HSO	REF		
PARACETAMOL (ACETAMINOFENO)		AMB	HCO	HSO	REF		
PEPTÍDEO NATRIURÉTICO		AMB	HCO	HSO	REF		
PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LÍPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM		AMB	HCO	HSO	REF		
PIRUVATO QUINASE		AMB	HCO	HSO	REF		
PORFIRINAS, FRACIONAMENTO		AMB	HCO	HSO	REF		
POTÁSSIO		AMB	HCO	HSO	REF		
PRÉ-ALBUMINA		AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNAS TOTAIS		AMB	HCO	HSO	REF		
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA BACTÉRIAS (POR ANTÍGENOS)		AMB	HCO	HSO	REF		
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA FUNGOS (POR ANTÍGENOS)		AMB	HCO	HSO	REF		
SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA		AMB	HCO	HSO	REF		
SÓDIO		AMB	HCO	HSO	REF		
SUCCINIL ACETONA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 63"
SULFATOS ORGÂNICOS OU INORGÂNICOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS		AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE		AMB	HCO	HSO	REF		
TIROSINA		AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSAMINASE OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE)		AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSAMINASE PIRÚVICA (ALANINA AMINOTRANSFERASE)		AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSFERRINA		AMB	HCO	HSO	REF		
TRIGLICERÍDEOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)		AMB	HCO	HSO	REF		
TROPONINA		AMB	HCO	HSO	REF		
URÉIA		AMB	HCO	HSO	REF		
UROBILINOGÊNIO		AMB	HCO	HSO	REF		
VITAMINA A		AMB	HCO	HSO	REF		
VITAMINA B12		AMB	HCO	HSO	REF		
VITAMINA D3 COLECALCIFEROL (25-OH-D3)		AMB	HCO	HSO	REF		
VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		AMB	HCO	HSO	REF		"DUT Nº 77"
XILOSE, TESTE DE ABSORÇÃO		AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

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

Hematologia laboratorial

ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS IRREGULARES	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTITROMBINA III	AMB	HCO	HSO	REF		
ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA)	AMB	HCO	HSO	REF		
BAÇO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	AMB	HCO	HSO	REF		
CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE INESPECÍFICA, FOSFATASE ALCALINA LEUCOCITÁRIA, PAS, MIELOPEROXIDASE, SUDAN BLACK B, PERLS	AMB	HCO	HSO	REF		
COAGULOGRAMA (INCLUI: TEMPO DE SANGRAMENTO; TEMPO DE COAGULAÇÃO; TEMPO DE PROTROMBINA; TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA; E CONTAGEM DE PLAQUETAS)	AMB	HCO	HSO	REF		
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	AMB	HCO	HSO	REF		
DÍMERO-D (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 19"
ENZIMAS ERITROCITÁRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
FALCIZAÇÃO, TESTE DE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR 4 PLAQUETÁRIO	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR DE VON WILLEBRAND, ANTÍGENO	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR II, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR IX, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
FATOR V, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR VII, ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR VIII, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR VIII, INIBIDOR	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR X, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR XI, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR XII, DOSAGEM/ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR XIII, ATIVIDADE	AMB	HCO	HSO	REF		
FIBRINOGENÍO	AMB	HCO	HSO	REF		
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO REVERSA	AMB	HCO	HSO	REF		
GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR Rho (INCLUI Du)	AMB	HCO	HSO	REF		
HEINZ, CORPÚSCULOS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINA, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINA FETAL	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINA, ELETROFORESE	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOGLOBINOPATIA, TRIAGEM NEONATAL	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
HEMOSEDIMENTAÇÃO, (VHS)	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOSSIDERINA	AMB	HCO	HSO	REF		
IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS - CITOMETRIA DE FLUXO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS E CRÔNICAS, SÍNDROME MIELODISPLÁSICA E TRANSTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMAS NÃO-HODGKIN / SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM OU PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 49"
LINFONODO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	AMB	HCO	HSO	REF		
META-HEMOGLOBINA	AMB	HCO	HSO	REF		
MIELOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
PIRUVATO QUINASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
PLASMINOGENÍO, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA C, FUNCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA S, FUNCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
RESISTÊNCIA GLOBULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
RETRAÇÃO DO COÁGULO	AMB	HCO	HSO	REF		
RISTOCETINA, CO-FATOR	AMB	HCO	HSO	REF		
SULFO-HEMOGLOBINA	AMB	HCO	HSO	REF		
TEMPO DE COAGULAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TEMPO DE PROTROMBINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	AMB	HCO	HSO	REF	
TEMPO DE TROMBINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE HAM (HEMÓLISE ÁCIDA)	AMB	HCO	HSO	REF	
TROMBOELASTOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF	

Endocrinologia laboratorial

1,25-DIIDROXIVITAMINA D3	AMB	HCO	HSO	REF	
11-DESOXICORTICOSTERONA	AMB	HCO	HSO	REF	
17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	AMB	HCO	HSO	REF	
17-CETOSTERÓIDES TOTAIS (17-CTS)	AMB	HCO	HSO	REF	
17-CETOSTERÓIDES, FRACIONAMENTO	AMB	HCO	HSO	REF	
17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES (17-OHS)	AMB	HCO	HSO	REF	
17-HIDROXIPREGNENOLONA	AMB	HCO	HSO	REF	
3 ALFA-ANDROSTANEDIOL GLICURONÍDEO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO 5-HIDROXINDOLACÉTICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO HOMOVANÍLICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO VANILMANDÉLICO (VMA)	AMB	HCO	HSO	REF	
ALDOSTERONA	AMB	HCO	HSO	REF	
AMP CÍCLICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ANDROSTENEDIONA	AMB	HCO	HSO	REF	
CALCITONINA	AMB	HCO	HSO	REF	
COMPOSTO S (11 - DESOXCORTISOL)	AMB	HCO	HSO	REF	
CORTISOL	AMB	HCO	HSO	REF	
CORTISOL LIVRE	AMB	HCO	HSO	REF	
CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS)	AMB	HCO	HSO	REF	
CURVA INSULÍNICA (6 DOSAGENS)	AMB	HCO	HSO	REF	
DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	AMB	HCO	HSO	REF	
DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	AMB	HCO	HSO	REF	
DOSAGEM DE LH OU FSH COM OU SEM TESTE DE ESTÍMULO	AMB	HCO	HSO	REF	
ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	AMB	HCO	HSO	REF	
ERITROPOIETINA	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTRADIOL	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTRIOL	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTROGÊNIOS TOTAIS (FENOLESTERÓIDES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTRONA	AMB	HCO	HSO	REF	
GASTRINA	AMB	HCO	HSO	REF	
GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG)	AMB	HCO	HSO	REF	
GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	AMB	HCO	HSO	REF	
GLUCAGON	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (VASOPRESSINA)	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (GHG)	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação				PAC D. Ut
HORMÔNIO GONADOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG)	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	AMB	HCO	HSO	REF	
HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	AMB	HCO	HSO	REF	
IGFBP3, PROTEÍNA DE LIGAÇÃO AO FATOR DE CRESCIMENTO SEMELHANTE À INSULINA - 3	AMB	HCO	HSO	REF	
ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	AMB	HCO	HSO	REF	
INSULINA	AMB	HCO	HSO	REF	
MACROPROLACTINA	AMB	HCO	HSO	REF	
N-TELOPEPTÍDEO	AMB	HCO	HSO	REF	
OSTEOCALCINA	AMB	HCO	HSO	REF	
PARATORMÔNIO - PTH	AMB	HCO	HSO	REF	
PEPTÍDEO C	AMB	HCO	HSO	REF	
PREGNANDIOL	AMB	HCO	HSO	REF	
PROGESTERONA	AMB	HCO	HSO	REF	
PROLACTINA	AMB	HCO	HSO	REF	
RENINA	AMB	HCO	HSO	REF	
SOMATOMEDINA C (IGF1)	AMB	HCO	HSO	REF	
SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	AMB	HCO	HSO	REF	
T3 LIVRE	AMB	HCO	HSO	REF	
T3 RETENÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
T3 REVERSO	AMB	HCO	HSO	REF	
T4 LIVRE	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS TRH	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE ESTÍMULO DO TSH APÓS TRH	AMB	HCO	HSO	REF	
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	REF	
TESTOSTERONA LIVRE	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTOSTERONA TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF	
TIREOGLOBULINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TIROXINA (T4)	AMB	HCO	HSO	REF	
TRIIODOTIRONINA (T3)	AMB	HCO	HSO	REF	

Imunologia					
ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR ANTI-RECEPTOR	AMB	HCO	HSO	REF	
ACETILCOLINA, ANTICORPOS LIGADOR ANTI-RECEPTOR	AMB	HCO	HSO	REF	
ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR ANTI-RECEPTOR	AMB	HCO	HSO	REF	
ADENOVÍRUS, IGG	AMB	HCO	HSO	REF	
ADENOVÍRUS, IGM	AMB	HCO	HSO	REF	
ANÁLISE DE MULTÍMEROS PARA PACIENTES COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
ANTI-ACTINA	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTICARDIOLIPINA - IGA / IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTICENTRÔMERO	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTICOAGULANTE LÚPICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	"DUT Nº 4"
ANTICORPOS ANTIDIFTERIA	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	AMB	HCO	HSO	REF	

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTIENDOMÍLIO, IGA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTIINSULINA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTIPNEUMOCO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTITÉTANO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTITIREÓIDE (TIREOGLOBULINA)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE - IGA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTICORTEX SUPRA-RENAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-DNA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-GAD	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTÍGENO AUSTRÁLIA (HBsAG)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNICO (CEA)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTÍGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIgliADINA (GLÚTEN) - IGA / IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-JO1	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-LA/SSB	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-LKM-1	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMEMBRANA BASAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMICROSSOMAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMITOCONDRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMITOCONDRIA, M2	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMÚSCULO CARDÍACO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMÚSCULO ESTRIADO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIMÚSCULO LISO	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIPARIETAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA (ANTI-TPO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-RNP	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-RO/SSA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTI-Sm	AMB	HCO	HSO	REF		
ASPERGILLUS, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 6"
BETA-2-MICROGLOBULINA	AMB	HCO	HSO	REF		
BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	AMB	HCO	HSO	REF		
BORRELIOSSE DE LYME - IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
BORRELIOSSE DE LYME - IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
BRUCELA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
C1Q	AMB	HCO	HSO	REF		
CA 125	AMB	HCO	HSO	REF		
CA 15-3	AMB	HCO	HSO	REF		
CA 19-9	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais						
Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
CA 72-4	AMB	HCO	HSO	REF		
CANDIDA ALBICANS, ANTICORPOS IGG E/ OU IGM E/ OU TOTAIS	AMB	HCO	HSO	REF		
CAXUMBA, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CHAGAS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
CHLAMYDIA PNEUMONIAE, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CHLAMYDIA PSITTACI, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CHLAMYDIA TRACHOMATIS, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CISTICERCOSE, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
CITOMEGALOVÍRUS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINAS A E B	AMB	HCO	HSO	REF		
COMPLEMENTO C2	AMB	HCO	HSO	REF		
COMPLEMENTO C3	AMB	HCO	HSO	REF		
COMPLEMENTO C4	AMB	HCO	HSO	REF		
COMPLEMENTO CH-100	AMB	HCO	HSO	REF		
COMPLEMENTO CH-50	AMB	HCO	HSO	REF		
COXSACKIE B, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
CRIOAGLUTININAS, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETOFORESE	AMB	HCO	HSO	REF		
CRIOGLOBULINAS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS "IN VITRO" POR CONCAVALINA, PHA OU POKEWEED	AMB	HCO	HSO	REF		
DENGUE, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RÁPIDO)	AMB	HCO	HSO	REF		
DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RÁPIDO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ECHOVÍRUS, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
ENTAMOEBIA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
ENTAMOEBIA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EA (ANTÍGENO PRECOCE), IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EBNA (ANTÍGENO NUCLEAR), IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-VCA (ANTÍGENO DO CAPSÍDEO VIRAL), IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
EQUINOCOCOSE, ANTICORPOS TOTAIS E/ OU IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR ANTINÚCLEO, (FAN)	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR B (C3 ATIVADOR, C3A; C3 PROATIVADOR, C3PA)	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR REUMATÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF		
FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX	AMB	HCO	HSO	REF		
FILARIA SOROLOGIA	AMB	HCO	HSO	REF		
GIARDIA, SOROLOGIA	AMB	HCO	HSO	REF		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE ANTICORPO	AMB	HCO	HSO	REF		
HELICOBACTER PYLORI - IGA / IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE A - ANTI-HAV, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - ANTI-HBC, IGG (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGG) E/OU IGM (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGM)	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - ANTI-HBE (ANTI-ANTÍGENO "E")	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - ANTI-HBS (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E")	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - HBSAG (ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE C - ANTI-HCV	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
HEPATITE D - ANTÍGENO PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE D - ANTI-HDV, IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE E - IGG/IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
HERPES SIMPLES - IGG E/OU IGM (VARICELA)	AMB	HCO	HSO	REF		
HERPES ZOSTER - IGG / IGM (VARICELA)	AMB	HCO	HSO	REF		
HISTONA, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
HISTOPLASMOSE, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
HIV - ANTÍGENO P24	AMB	HCO	HSO	REF		
HIV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
HTLV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
IGA TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
IGD	AMB	HCO	HSO	REF		
IGE TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
IGE POR ALÉRGENO	AMB	HCO	HSO	REF		
IGE POR GRUPO ESPECÍFICO	AMB	HCO	HSO	REF		
IGG TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
IGG SUBCLASSES (1, 2, 3, 4)	AMB	HCO	HSO	REF		
IGM TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
IMUNOELETOFORESE, PROTEÍNAS SÉRICAS	AMB	HCO	HSO	REF		
IMUNOFLOURESCÊNCIA DIRETA OU INDIRETA (ANTIFÍGADO)	AMB	HCO	HSO	REF		
INIBIDOR DE C1 ESTERASE	AMB	HCO	HSO	REF		
LEGIONELLA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
LEISHMANIOSE - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
LEPTOSPIROSE - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
LINFÓCITOS T "HELPER" (CD-4+), CONTAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
LINFÓCITOS T SUPRESSORES (CD-8+), CONTAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
LISTERIOSE, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
MALÁRIA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG E IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
MONONUCLEOSE, ANTICORPOS HETERÓFILOS	AMB	HCO	HSO	REF		
NITROBLUE TETRAZOLIUM (NBT), TESTE DO, ESTIMULADO E ESPONTÂNEO	AMB	HCO	HSO	REF		
PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG	AMB	HCO	HSO	REF		
PARVOVÍRUS B19, IGG /IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVOQ, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
C4D FRAGMENTO	AMB	HCO	HSO	REF		
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	AMB	HCO	HSO	REF		
PPD (TUBERCULINA), IDeR	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA C REATIVA	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
RUBÉOLA - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
SARAMPO - ANTICORPOS IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
SCHISTOSOMA MANSONI - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
SÍFILIS - FTA-Abs-IgG	AMB	HCO	HSO	REF		
SÍFILIS - FTA-ABS-IGM	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais						
Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
SÍFILIS - TPHA	AMB	HCO	HSO	REF		
SÍFILIS - VDRL (SOROLOGIA PARA LUES)	AMB	HCO	HSO	REF		
TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO	REF	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	REF		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO	REF		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE ALTA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO	REF		
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	AMB	HCO	HSO	REF		
TOXOCARA CANIS - IGG / IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
TOXOPLASMOSE - IGA	AMB	HCO	HSO	REF		
TOXOPLASMOSE - IGG/IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, IGG E/OU IGM	AMB	HCO	HSO	REF		
WAALER-ROSE (FATOR REUMATÓIDE)	AMB	HCO	HSO	REF		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HCV)	AMB	HCO	HSO	REF		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	AMB	HCO	HSO	REF		
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTLV)	AMB	HCO	HSO	REF		

Líquidos (cefalorraqueano (líquor), seminal, amniótico, sinovial e outros)						
ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	AMB	HCO	HSO	REF		
AMINOÁCIDOS NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANTICORPO ANTIESPERMATOZÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF		
BIOQUÍMICA LCR (PROTEÍNAS + GLICOSE + CLORO; E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: LACTATO E LDH -LACTATO DESIDROGENASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
CÉLULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECÍFICA	AMB	HCO	HSO	REF		
CÉLULAS, PESQUISA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS (CITOLOGIA ONCÓTICA)	AMB	HCO	HSO	REF		
CLEMENTS, TESTE	AMB	HCO	HSO	REF		
CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
CRYPTOCOCCUS, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS NO LÍQUOR, COM CONCENTRAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
ESPECTROFOTOMETRIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
ESPERMOGRAMA (CARACTERES FÍSICOS, PH, FLUIDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	AMB	HCO	HSO	REF		
FOSFOLÍPIDIOS (RELAÇÃO LECITINA/ESFINGOMIELINA), AVALIAÇÃO DA MATURIDADE PULMONAR FETAL	AMB	HCO		REF		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS A, B, C, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	AMB	HCO	HSO	REF		
ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG (DOSAGEM DE ALBUMINA E IGG EM SORO E LÍQUOR)	AMB	HCO	HSO	REF		
LCR, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA, E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, PESQUISA E CULTURA DE MICOBACTÉRIAS E CRYPTOCOCCUS)	AMB	HCO	HSO	REF		
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, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO, ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG, LACTATO, LDH E ANTICORPOS PARA NEUROCISTICERCOSE)	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CITOLOGIA; LÍQUIDO AMNIÓTICO, CREATININA.	AMB	HCO	HSO	REF		
MATURIDADE PULMONAR FETAL - QUALQUER TÉCNICA	AMB	HCO		REF		
PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS NO LÍQUOR POR ISOFOCALIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA MIELINA BÁSICA, ANTICORPOS	AMB	HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO	AMB	HCO	HSO	REF		
RAGÓCITOS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FÍSICOS, CITOLOGIA, PROTEÍNAS, ÁCIDO ÚRICO, FATOR REUMATÓIDE, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA E ANAERÓBICA)	AMB	HCO	HSO	REF		

Microbiologia

ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) PARA MICOBACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS E/OU AERÓBICAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ANTIFUNGIGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
B.A.A.R. (BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE), PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
BACILO DE HANSEN, PESQUISA PCR	AMB	HCO	HSO	REF		
BACTERIOSCOPIA, PELO MÉTODO DE GRAM OU SIMILAR	AMB	HCO	HSO	REF		
BORDETELLA PERTUSSIS, CULTURA	AMB	HCO	HSO	REF		
CHLAMYDIA, CULTURA	AMB	HCO	HSO	REF		
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA DO ANTÍGENO	AMB	HCO	HSO	REF		
CRYPTOSPORIDIUM, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA BACTERIANA QUANTITATIVA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA DE FEZES, INCLUI PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE: SALMONELLA, SHIGELLA, ESCHERICHIA COLI (ENTEROPATOGÊNICA, ENTEROINVASORA E ENTERO-HEMORRÁGICA) E CAMPYLOBACTER	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA PARA BACTÉRIAS COM SISTEMA AUTOMATIZADO DE IDENTIFICAÇÃO BACTERIANA	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA PARA FUNGOS	AMB	HCO	HSO	REF		
CULTURA PARA MICOBACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
ESTREPTOCOCO DO GRUPO A, DETECÇÃO RÁPIDA DE ANTÍGENO	AMB	HCO	HSO	REF		
EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	AMB	HCO	HSO	REF		
FILÁRIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
FUNGOS, EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA BACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
HEMOCULTURA PARA BACTÉRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
LEISHMANIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
LEPTOSPIRA, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	AMB	HCO	HSO	REF		
MICOPLASMA E UREAPLASMA, CULTURA	AMB	HCO	HSO	REF		
MICROSPORIÓDIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais						
Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
PLASMÓDIO, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
ROTAVÍRUS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
SARCOPTES SCABIEI, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS POR MÉTODO DA CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA (MIC)	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE	AMB	HCO	HSO	REF		
TREPONEMA PALLIDUM, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	AMB	HCO	HSO	REF		
TRYPANOSOMA CRUZII, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
VIBRIO CHOLERAEE, CULTURA	AMB	HCO	HSO	REF		

Urínalise

ÁCIDO HOMOGENTÍSICO	AMB	HCO	HSO	REF		
CÁLCULOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUÍMICA	AMB	HCO	HSO	REF		
CATECOLAMINAS URINÁRIAS, FRACIONAMENTO (DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA)	AMB	HCO	HSO	REF		
CISTINA	AMB	HCO	HSO	REF		
COPROPORFIRINAS URINÁRIAS, ISÔMEROS I E III	AMB	HCO	HSO	REF		
CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
DISMORFISMO ERITROCITÁRIO, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS	AMB	HCO	HSO	REF		
FENILCETONÚRIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
HISTIDINA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
LIPÓIDES BIRREFRINGENTES, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
MELANINA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
METANEFRIAS URINÁRIAS, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		
MICROALBUMINÚRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
MIOGLOBINA, DOSAGEM OU PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
OSMOLALIDADE, DETERMINAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
PESQUISA DE SULFATÍDEOS E MATERIAL METACROMÁTICO NA URINA	AMB	HCO	HSO	REF		
PORFobilinogênio	AMB	HCO	HSO	REF		
PORFobilinogênio, quantitativo	AMB	HCO	HSO	REF		
PROTEÍNA DE BENCE JONES, QUANTITATIVA (CADEIAS LEVES LIVRES, KAPPA E LAMBDA, URINA)	AMB	HCO	HSO	REF		
PROVA DE CONCENTRAÇÃO URINÁRIA COM RESTRIÇÃO HÍDRICA E ACETATO DE DESMOPRESSINA (DDAVP)	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
UROPORFIRINAS, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF		

Diversos

EXAME DA BILE E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FÍSICOS E EXAME MICROSCÓPICO E PARASITOLÓGICO)	AMB	HCO	HSO	REF		
GASTROACIDOGrama - secreção basal para 60 minutos e 4 amostras após o estímulo	AMB	HCO	HSO	REF		
PESQUISA DE EOSINÓFILOS EM MUCO NASAL	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE DE FUNÇÃO PANCREÁTICA APÓS ESTIMULAÇÃO PELA SECRETINA	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE DO SUOR, COM DOSAGEM DE CLORETO	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos Laboratoriais

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Toxicologia / monitorização terapêutica					
2,5-HEXANODIONA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO HEXANO.	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO FENILGLIOXÍLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TOLUENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO METILMALÔNICO, PESQUISA E/OU DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO MANDÉLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO E AO ETILBENZENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO METIL-HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO XILENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO SALICÍLICO (SALICILATOS)	AMB	HCO	HSO	REF	
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TETRACLOROETILENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ARSÊNIO, CÁDMIO, COBALTO, CROMO, MANGANÉS, MERCÚRIO, NÍQUEL	AMB	HCO	HSO	REF	
CARBOXIHEMOGLOBINA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO OU DICLOROMETANO.	AMB	HCO	HSO	REF	
CHUMBO	AMB	HCO	HSO	REF	
COLINESTERASE, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AOS INSETICIDAS ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS	AMB	HCO	HSO	REF	
ETANOL	AMB	HCO	HSO	REF	
FENOL	AMB	HCO	HSO	REF	
FLÚOR E FLUORETOS	AMB	HCO	HSO	REF	
FORMALDEÍDO	AMB	HCO	HSO	REF	
METANOL	AMB	HCO	HSO	REF	
METIL-ETIL-CETONA	AMB	HCO	HSO	REF	
P-AMINOFENOL, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO À ANILINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TRICLOROETANO E TRICLOROETILENO	AMB	HCO	HSO	REF	
ZINCO	AMB	HCO	HSO	REF	
ZINCOPROTOPORFIRINA	AMB	HCO	HSO	REF	

Biologia molecular						
CHLAMYDIA TRACHOMATIS, DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO OU PCR; CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO.	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CITOMEGALOVÍRUS - QUALITATIVO, POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 14"
FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 28"
HEPATITE C - GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 29"
HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR OU BDNA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR OU BDNA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HIV - CARGA VIRAL POR PCR, NASBA OU BDNA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HIV - QUALITATIVO POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HIV, GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 31"
HLA B27, FENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 32"
HPV - TIPAGEM POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) - DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Procedimentos Laboratoriais					
Procedimentos	Segmentação				PAC D. Ut
HTLV-I, POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECÇÃO POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
PROTEÍNA S TOTAL + LIVRE, DOSAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Medicina transfusional					
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Transfusão					
TRANSFUÇÃO AMBULATORIAL	AMB	HCO	HSO	REF	
TRANSFUÇÃO HOSPITALAR	AMB	HCO	HSO	REF	
Processamento					
PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA - INCLUI CITAFÉRESE/HEMAFÉRESE TERAPÊUTICA	AMB	HCO	HSO	REF	
SANGRIA TERAPÊUTICA	AMB	HCO	HSO	REF	
SANGUE TOTAL RECONSTITUÍDO PARA EXSANGUÍNEO-TRANSFUÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, PLAQUETAS OU GRANULÓCITOS) IRRADIADA	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE GRANULÓCITOS	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCODEPLETADA	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCORREDUZIDA	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (DUPLA CENTRIFUGAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADA	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUZIDA	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	AMB	HCO	HSO	REF	
UNIDADE DE PLASMA FRESCO CONGELADO	AMB	HCO	HSO	REF	

Exames de qualificação no sangue do doador ou prova pré-transfusional no sangue do receptor					
AFÉRESE TERAPÊUTICA	AMB	HCO	HSO	REF	
ANTI-HIV I E II POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF	
CONTAGEM DE CÉLULAS CD34 / CD45 POSITIVAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETECÇÃO DE HEMOGLOBINAS ANORMAIS (INVESTIGAÇÃO DE HEMOGLOBINA S E DE OUTRAS HEMOGLOBINAS ANORMAIS NO DOADOR DE SANGUE)	AMB	HCO	HSO	REF	
DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR	AMB	HCO	HSO	REF	
DOAÇÃO AUTÓLOGA COM RECUPERAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
DOAÇÃO AUTÓLOGA PERI-OPERATÓRIA POR HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA	AMB	HCO	HSO	REF	
DOAÇÃO AUTÓLOGA PRÉ-OPERATÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
DOAÇÃO DE COMPONENTES POR AFÉRESE	AMB	HCO	HSO	REF	
DOENÇA DE CHAGAS - TESTE IMUNOENZIMÁTICO DE ALTA SENSIBILIDADE E IMUNOFLUORESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS: TIPIFICAÇÃO ABO E RH, PESQUISA DE D FRACO RH(D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA)	AMB	HCO	HSO	REF	
FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS	AMB	HCO	HSO	REF	

Medicina transfusional

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - ANTI-HBC, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE B - HBSAG, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
HEPATITE C - ANTI-HCV, TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
HTLV I E II - TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	AMB	HCO	HSO	REF		
IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCIAS, INCLUI TRATAMENTO ENZIMÁTICO (ELUIÇÃO E GEL)	AMB	HCO	HSO	REF		
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	REF		
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	REF		
MALÁRIA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF		
PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES NO SANGUE DO RECEPTOR	AMB	HCO	HSO	REF		
PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTIERITROCITÁRIOS NATURAIS E IRREGULARES (ELUIÇÃO, A FRIO E GEL)	AMB	HCO	HSO	REF		
PLAQUETAS - PROVA CRUZADA	AMB	HCO	HSO	REF		
PROVA DE COMPATIBILIDADE ENTRE AS HEMÁCIAS DO DOADOR E O SORO DO RECEPTOR (PROVA DE COMPATIBILIDADE MAIOR)	AMB	HCO	HSO	REF		
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS: RETIPIFICAÇÃO ABO E RH DA BOLSA DE SANGUE	AMB	HCO	HSO	REF		
SÍFILIS - TESTE TREPONÊMICO OU NÃO-TREPONÊMICO	AMB	HCO	HSO	REF		
TESTE DE COOMBS DIRETO E INDIRETO - INCLUI PESQUISA DE ANTICORPOS E COMPLEMENTO	AMB	HCO	HSO	REF		
TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA NO SANGUE DO RECEPTOR (SEM TIPAGEM REVERSA ATÉ 4 MESES DE IDADE);	AMB	HCO	HSO	REF		

Procedimentos

CITOMEGALOVÍRUS APÓS TRANSPLANTE RIM OU DE MEDULA ÓSSEA POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
VÍRUS EPSTEIN BARR APÓS TRANSPLANTE RIM POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
EXSANGÜÍNEO TRANSFUÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSFUÇÃO FETAL INTRA-UTERINA		HCO		REF		

Genética

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
Citogenética						
CARIÓTIPO COM BANDAS, BIÓPSIA DE PELE OU OUTROS TECIDOS	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM BANDAS, MATERIAL DE ABORTO OU NATIMORTO	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM BANDAS, PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS, SANGUE PERIFÉRICO, TECIDOS LINFÓIDES E MEDULA ÓSSEA	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE FETAL	AMB	HCO		REF		
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM BANDAS, VILOSIDADES CORIÔNICAS	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMÁTIDES IRMÃS	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO COM TÉCNICAS DE ALTA RESOLUÇÃO (ESTUDO EM PROMETÁFASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
CARIÓTIPO PARA SÍNDROMES DE QUEBRAS CROMOSSÔMICAS, SANGUE PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF		

Genética						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
DETECÇÃO DE ANORMALIDADES DOS CROMOSSOMOS X OU Y (SANGUE PERIFÉRICO OU ESFREGAÇO DE MUCOSA BUCAL), POR FISH		AMB	HCO	HSO	REF	
ESTUDO CITOGENÉTICO PARA DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS, DIVERSOS MATERIAIS		AMB	HCO	HSO	REF	
ESTUDO DE ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CARIÓTIPO COM BANDAS		AMB	HCO		REF	
PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		AMB	HCO	HSO	REF	PAC "DUT Nº 110"
REARRANJO BCL6 3q27 (NHL) FISH		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
REARRANJO 8q24 FISH (MEDULA ÓSSEA)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
REARRANJO 8q24 FISH (SANGUE)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Genética bioquímica

AMINOÁCIDOS URINÁRIOS OU PLASMÁTICOS, ANÁLISE QUANTITATIVA		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
AVALIAÇÃO DE RISCO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS E/OU DEFEITOS DE FECHAMENTO DE TUBO NEURAL		AMB	HCO		REF	PAC
CARBOIDRATOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUALITATIVA		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA 1,4-ALFA-GLICOSIDASE EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-D-MANOSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS, SORO E FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-FUCOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-IDURONIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-N-ACETILGLICOSAMINIDASE EM SORO OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE A EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE B EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICURONIDASE EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ESFINGOMIELINASE EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA GALACTOCEREBROSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA HEXOSAMINIDASE A E TOTAL EM SORO, LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA IDURONATO 2-SULFATASE EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA N-ACETILGALACTOSAMINA-6-SULFATASE EM FIBROBLASTOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS, DOSAGEM QUANTITATIVA OU ANÁLISE QUALITATIVA		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
PORFIRINAS URINÁRIAS OU PLASMÁTICAS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TESTES DE ERROS INATOS DO METABOLISMO, QUALITATIVOS, NA URINA		AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Genética

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
TESTE DUPLO: 1 TRIMESTRE - PROTEÍNA A PLASMÁTICA ASSOCIADA À GESTAÇÃO (PAPP-A), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (βHCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	AMB	HCO	REF	PAC	
TESTE DUPLO: 2 TRIMESTRE - ALFA-FETOPROTEÍNA (βP), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (βHCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	AMB	HCO	REF	PAC	
TESTE QUÁDRUPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (βP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (βHCG) E INIBINA COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	AMB	HCO	REF	PAC	
TESTE TRIPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (βP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (βHCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	AMB	HCO	REF	PAC	

Genética molecular

ANÁLISE MOLECULAR DE DNA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 110"
BCR/ABL, PESQUISA DE TRANSLOCAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
BRAF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 9"
CROMOSSOMO PHILADELFA, PESQUISA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
EGFR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 21"
FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 25"
HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 30"
INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 110"
K-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 50"
N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 57"
PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 61"
REARRANJO GÊNICO CÉLULAS B POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
REARRANJO GÊNICO CÉLULAS T POR PCR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRANSLOCAÇÃO PML/RAR-α	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Anatomia patológica e citopatologia

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos					
ANÁLISE DE DNA (CONTEÚDO E PLOIDIA) POR CITOMETRIA DE FLUXO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
COLORAÇÕES ESPECIAIS, QUANDO NECESSÁRIAS AOS PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	AMB	HCO	HSO	REF	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	REF	PAC
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO), DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNO-HISTOQUÍMICAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
PROCEDIMENTO COLPOCITOLÓGICO HORMONAL SIMPLES OU SERIADO	AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL PROVENIENTE DE BIÓPSIAS SIMPLES, PAAF, "IMPRINT" E "CELL-BLOCK"	AMB	HCO	HSO	REF	

Anatomia patológica e citopatologia						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES OU COMPLEXA		AMB	HCO	HSO	REF	
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO POR CONGELAÇÃO DURANTE ATO CIRÚRGICO		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS CIRÚRGICAS, DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLOURESCÊNCIA, DIRETA E INDIRETA		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUÍMICA		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS		AMB	HCO	HSO	REF	
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" OU HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" POR FLUORESCÊNCIA		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)		AMB	HCO	HSO	REF	
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MASSAS, ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM		AMB	HCO	HSO	REF	
RECEPTOR DE ESTROGÊNIO, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
RECEPTOR DE PROGESTERONA, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI		AMB	HCO	HSO	REF	

Medicina nuclear						
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut	
Cardiovascular - <i>in vivo</i>						
ANGIOGRAFIA CAROTÍDIA (VIA FEMURAL)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO (INFARTO AGUDO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM FLUORDEOXIGLICOSE (FDG-FLÚOR-18)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 10"
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 10"
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 10"
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - REPOUSO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
VENOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Medicina nuclear

Procedimentos

Segmentação

PAC

D. Ut

Digestivo - *in vivo*

CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS E SEMI-SÓLIDOS)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
FLUXO SANGÜÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Endócrino - *in vivo*

CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131 OU 123)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TESTE DE ESTÍMULO COM TSH RECOMBINANTE	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TESTE DE SUPRESSÃO DA TIREÓIDE COM T3	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TESTE DO PERCLORATO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Geniturinário - *in vivo*

CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO OU INIBIDOR DA ECA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Hematológico - *in vivo*

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DEMONSTRAÇÃO DO SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DA SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DO VOLUME ERITROCITÁRIO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
DETERMINAÇÃO DO VOLUME PLASMÁTICO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TESTE DE ABSORÇÃO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Músculo - esquelético - *in vivo*

CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
FLUXO SANGÜÍNEO ÓSSEO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

Nervoso - *in vivo*

CINTILOGRAFIA CEREBRAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CISTERNOCINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC

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

Oncologia / infectologia - <i>in vivo</i>						
CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA DE MAMA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
LINFOCINTILOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
PET-SCAN ONCOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB			REF	PAC	"DUT N° 60"
QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Respiratório - <i>in vivo</i>						
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Terapia - <i>in vivo</i>						
TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIRÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DE DOR ÓSSEA CAUSADA POR METÁSTASE COM SAMÁRIO-136 OU ESTRÔNCIO-90	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Outros - <i>in vivo</i>						
IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem						
Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut	
Radiografias						
AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO, SELETIVO OU SUPERSELETIVO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOGRAFIA POR PUNÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO		HCO	HSO	REF		
AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNÇÃO TRANSLOMBAR		HCO	HSO	REF	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA POR CATETERISMO (AFERIMENTO DE PRESSÃO OU FLUXO ARTERIAL OU VENOSO)	AMB	HCO	HSO	REF		
CAVERNOSOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	AMB	HCO	HSO	REF		
COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (PELO DRENO)	AMB	HCO	HSO	REF		
COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	REF		
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DACRIOCISTOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
DEFECOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
DEGLUTOGRAMA OU VIDEODEGLUTOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
DENSITOMETRIA ÓSSEA - QUALQUER SEGMENTO	AMB	HCO	HSO	REF		
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
ESCANOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF		
ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTÂNEA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	AMB	HCO	HSO	REF		
FÁRMACO-CAVERNOSOGRAFIA (DINÂMICA)	AMB	HCO	HSO	REF		
FISTULOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
FLEBOGRAFIA POR PUNÇÃO VENOSA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
LINFANGIOADENOGRAMA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
MAMOGRAFIA CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF		
MAMOGRAFIA DIGITAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 52"
MIELOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
MORFOMETRIA DIGITAL (COLUNA OU FÊMUR)	AMB	HCO	HSO	REF		
PIELOGRAFIA ASCENDENTE	AMB	HCO	HSO	REF		
PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	AMB	HCO	HSO	REF		
PLANIGRAFIA DE OSSO	AMB	HCO	HSO	REF		
PLANIGRAFIA DE TÓRAX, MEDIASTINO OU LARINGE	AMB	HCO	HSO	REF		
PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TÚRICA OU FACE OU MASTÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF		
PNEUMOMIELOGRAFIA SEGMENTAR	AMB	HCO	HSO	REF		
PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ADENÓIDES OU CAVUM	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARCOS ZIGMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOMERAL (OMBRO)	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	AMB	HCO	HSO	REF		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS	AMB	HCO	HSO	REF		

Métodos diagnósticos por imagem						
Procedimentos		Segmentação				PAC D. Ut
RADIOGRAFIA DE BACIA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE BRAÇO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO-LOMBAR		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL (TELESPONDILOGRAFIA)		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COSTELAS		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COTOVELO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE COXA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO - HIATO - ESTÔMAGO E DUODENO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ESTERNO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE JOELHO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO (PARTES MOLES)		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE MANDÍBULA/MAXILA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE MÃO OU QUIRODÁCTILO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ÓRBITAS		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE ORELHA, MASTÓIDES OU ROCHEDOS		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE PATELA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE PÉ OU PODODÁCTILO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE PERNA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE PUNHO		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCIX		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA DE TÓRAX		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING		OD				
RADIOGRAFIA OCLUSAL		OD				
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)		OD	AMB	HCO	HSO	REF
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES			AMB	HCO	HSO	REF
RADIOGRAFIA PERIAPICAL		OD				
LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO)		OD				
RADIOSCOPIA DIAGNÓSTICA		AMB	HCO	HSO	REF	
RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		AMB	HCO	HSO	REF	
SIALOGRAFIA		AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE OCLUSÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TOMOGRAMIA RENAL		AMB	HCO	HSO	REF	
TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO APARELHO DIGESTIVO		AMB	HCO	HSO	REF	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
URETROCISTOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E PÓS-MICCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF		
UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF		
UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	AMB	HCO	HSO	REF		

Métodos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos por imagem

ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA		HCO	HSO	REF	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	REF	PAC	
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA		HCO	HSO	REF	PAC	
ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX		HCO	HSO	REF	PAC	
CATERETERISMO ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA		HCO	HSO	REF		
COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US OU TC		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT EM TRAQUEIA OU BRÔNQUIO		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT ESOFAGIANO, INTESTINAL OU RETAL		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT RENAL		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO DE STENT VASCULAR (ARTERIAL OU VENOSO)		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELOVESICAL		HCO	HSO	REF	PAC	
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR		HCO	HSO	REF	PAC	
COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR		HCO	HSO	REF	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICAL		HCO	HSO	REF	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE CONDUITO URINÁRIO		HCO	HSO	REF	PAC	
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREÁTICO		HCO	HSO	REF	PAC	
DISCOGRAFIA		HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO RENAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO ABDOMINAL, RETROPERITONEAL, PÉLVICA ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PULMONAR OU MEDIASTINAL ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE PNEUMOTÓRAX	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR IMAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)		HCO	HSO	REF	PAC	"DUT N° 23"
EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA		HCO	HSO	REF	PAC	

Métodos diagnósticos por imagem						
Procedimentos		Segmentação			PAC	D. Ut
EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLÓGICO		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR - QUALQUER LOCALIZAÇÃO (EXCETO PARA ARTÉRIA UTERINA)		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUAÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUAÇÃO		HCO	HSO	REF	PAC	
EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DE FÍSTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATÚRIA		HCO	HSO	REF	PAC	
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE CISTO PANCREÁTICO		HCO	HSO	REF	PAC	
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES VENOSAS		HCO	HSO	REF	PAC	
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE NÓDULOS BENIGNOS DIRIGIDA OU NÃO POR RX, US, TC, RM		HCO	HSO	REF	PAC	
EXÉRESE PERCUTÂNEA DE TUMOR ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM		HCO	HSO	REF	PAC	
GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC		HCO	HSO	REF	PAC	
IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM ANEURISMA OU DISSECÇÃO DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)		HCO	HSO	REF	PAC	
LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX OU US	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS-DRENAGEM ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM		HCO	HSO	REF	PAC	
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM		HCO	HSO	REF	PAC	
OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
PIELOGRAFIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR MÉTODOS DE IMAGEM		HCO	HSO	REF	PAC	
PUNÇÃO ASPIRATIVA OU BIÓPSIA ORIENTADA POR IMAGEM	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO		HCO	HSO	REF	PAC	
QUIMIOTERAPIA POR CATETER		HCO	HSO	REF	PAC	
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COM ISOLAMENTO PROTETOR		HCO	HSO	REF	PAC	
REPERMEABILIZAÇÃO/RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA		HCO	HSO	REF	PAC	
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC		HCO	HSO	REF	PAC	
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX, US OU TC		HCO	HSO	REF	PAC	
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR		HCO	HSO	REF	PAC	
SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO PORTAL		HCO	HSO	REF	PAC	
TRAQUEOTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC		HCO	HSO	REF	PAC	
TRATAMENTO DO VASOESPASMO		HCO	HSO	REF	PAC	
TROMBECTOMIA		HCO	HSO	REF	PAC	
TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA		HCO	HSO	REF	PAC	
Ultra-sonografia diagnóstica						
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES		AMB	HCO	HSO	REF	
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES		AMB	HCO	HSO	REF	

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELÍACO)	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS (INCLUI CORAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO PENIANO COM OU SEM FÁRMACO-INDUÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIORES	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES	AMB	HCO	HSO	REF		
DUPLEX SCAN VASCULAR PERIFÉRICO	AMB	HCO	HSO	REF		
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS	AMB	HCO	HSO	REF		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITÁRIO	AMB	HCO	HSO	REF		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA	AMB	HCO	HSO	REF		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO/ESTRESSE FÍSICO	AMB	HCO	HSO	REF		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO		REF		"DUT Nº 20"
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSEOFÁGICO	AMB	HCO	HSO	REF		
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	AMB	HCO	HSO	REF		
ESTUDO DE VASO COM DOPPLER PULSADO CONTÍNUO CONVENCIONAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCÓPICA OCULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR FEMININO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR MASCULINO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR COM OU SEM DOPPLER COLORIDO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DE RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA - PELE E SUBCUTÂNEO	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA OCULAR	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO		REF		"DUT Nº 76"
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA CONVENCIONALCOM OU SEM DOPPLER COLORIDO	AMB	HCO		REF		
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA ENDOVAGINAL	AMB	HCO		REF		
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO		REF		"DUT Nº 75"
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	AMB	HCO		REF		
ULTRASSONOGRRAFIA - PEÇA CIRÚRGICA	AMB	HCO		REF		
ULTRASSONOGRRAFIA TORÁCICA EXTRACARDÍACA	AMB	HCO	HSO	REF		

Métodos diagnósticos por imagem

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	AMB	HCO	HSO	REF		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	AMB	HCO	HSO	REF		

Ultra-sonografia intervencionista

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

Tomografia computadorizada

ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA (EXCLUI TOMOGRAFIA MULTISLICE)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 3"
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACROILÍACA, COXOFEMORAL, JOELHO OU PÉ)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	"DUT Nº 69"
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA/MAXILA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU ORELHAS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA OU PÉ)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Tomografia computadorizada intervencionista

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

Métodos diagnósticos por imagem

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

Radioterapia

Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
Radioterapia megavoltagem						
IRRADIAÇÃO DE MEIO-CORPO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
PROFILAXIA/TERAPIA DE GINECOMASTIA (HOMEM SOB HORMONIOTERAPIA)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOCIRURGIA (POR ESTEREOTAXIA OU GAMA-KNIFE)	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Radioterapia						
Procedimentos	Segmentação				PAC	D. Ut
RADIOTERAPIA ANTI-INFLAMATÓRIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA TUMORES DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL - PARA CABEÇA E PESCOÇO, SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC), MAMA, TORAX, ABDOME E PELVE	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM FÓTONS E ELÉTRONS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM UNIDADE DE TELECOBALTO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR SÓ COM FÓTONS	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA DE HEMANGIOMA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

Braquiterapia de alta taxa de dose (BATD)						
BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL		HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA		HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA		HCO	HSO	REF	PAC	
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO		HCO	HSO	REF	PAC	

Radioterapia de ortovoltagem						
RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE		HCO	HSO	REF	PAC	
ROENTGENTERAPIA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	

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

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

Exames específicos

Procedimentos	Segmentação			PAC	D. Ut
Procedimentos					
ANGIOFLUORESCINOGRAFIA OCULAR	AMB	HCO	HSO	REF	
ANGIOGRAFIA OCULAR COM INDOCIANINA VERDE	AMB	HCO	HSO	REF	
AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS	AMB	HCO	HSO	REF	
AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
BIOIMPEDANCIOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	AMB	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA	AMB	HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DO VILO CORIAL	AMB	HCO		REF	
CALORIMETRIA INDIRETA	AMB	HCO	HSO	REF	
CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA	AMB	HCO	HSO	REF	
CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL	AMB	HCO	HSO	REF	
CAVERNOSOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	AMB	HCO	HSO	REF	
COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL	AMB	HCO	HSO	REF	
COLETA DE RASPADO DÉRMICO EM LESÕES E SÍTIOS ESPECÍFICOS PARA BACILOSCOPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
COLPOSCOPIA, VULVOSCOPIA, PENISCOPIA, ANUSCOPIA	AMB	HCO	HSO	REF	
CORDOCENTESE	AMB	HCO	HSO	REF	
CURVA TENSIONAL OCULAR DIÁRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
DERMATOSCOPIA / FOTODERMATOSCOPIA (EXCETO PARA MAPEAMENTO CORPORAL)	AMB	HCO	HSO	REF	
DOPPLERMETRIA DOS CORDÕES ESPERMÁTICOS	AMB	HCO	HSO	REF	
EREÇÃO FÁRMACO-INDUZIDA	AMB	HCO	HSO	REF	
ESPIROMETRIA FORÇADA - VOLUMES E FLUXOS MÁXIMOS (COM/SEM Bd)	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTÉREO-FOTO DE PAPILA	AMB	HCO	HSO	REF	
ESTESIOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXAME A FRESCO DO CONTEÚDO VAGINAL E CERVICAL	AMB	HCO	HSO	REF	
EXAME DE MOTILIDADE OCULAR - TESTE ORTÓPTICO	AMB	HCO	HSO	REF	
EXAME MICOLÓGICO - CULTURA E IDENTIFICAÇÃO DE COLÔNIA	AMB	HCO	HSO	REF	
EXAME MICOLÓGICO DIRETO	AMB	HCO	HSO	REF	
GONIOSCOPIA OCULAR	AMB	HCO	HSO	REF	
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	AMB	HCO	HSO	REF	
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO	REF	
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO	REF	
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRÁFICO	AMB	HCO	HSO	REF	
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA SEM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	AMB	HCO	HSO	REF	
MAPEAMENTO DE RETINA - OFTALMOSCOPIA INDIRETA	AMB	HCO	HSO	REF	
MEDIDA DE PRESSÃO HEPÁTICA	AMB	HCO	HSO	REF	PAC
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA	AMB	HCO	HSO	REF	
OFTALMODINAMOMETRIA	AMB	HCO	HSO	REF	
OXIMETRIA NÃO INVASIVA	AMB	HCO	HSO	REF	
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	AMB	HCO	HSO	REF	
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	AMB	HCO	HSO	REF	
PRESSÃO ARTERIAL PENIANA	AMB	HCO	HSO	REF	
RETINOGRAFIA	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DA HISTAMINA	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE EQUILÍBRIO PERITONEAL (PET)	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMiar PRÉ E PÓS)	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRÉ E PÓS)	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE HUHNER	AMB	HCO	HSO	REF	
TESTE DE MITSUDA	AMB	HCO	HSO	REF	

Exames específicos						
Procedimentos			Segmentação		PAC	D. Ut
TESTE DE PRÓTESE AUDITIVA			AMB	HCO	HSO	REF
TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES			AMB	HCO	HSO	REF
TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCÍCIO			AMB	HCO	HSO	REF
TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA			AMB	HCO	HSO	REF
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS (POEIRA, ALIMENTOS, FUNGOS, INSETOS, PÓLENS OU LÁTEX)			AMB	HCO	HSO	REF
TESTES DE CONTATO			AMB	HCO	HSO	REF
TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZAÇÃO			AMB	HCO	HSO	REF
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	REF
TESTES VESTIBULARES (COM OU SEM PROVA CALÓRICA, COM OU SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA)			AMB	HCO	HSO	REF
TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA, COM OU SEM PROVAS CALÓRICAS			AMB	HCO	HSO	REF
TONOMETRIA			AMB	HCO	HSO	REF
TRICOGRAMA PARA DERMATOLOGIA / MINERALOGRAMA PARA TOXICOLOGIA (EXCLUÍ MEDICINA ORTOMOLECULAR)			AMB	HCO	HSO	REF
URODINÂMICA COMPLETA			AMB	HCO	HSO	REF
UROFLUXOMETRIA			AMB	HCO	HSO	REF
VISÃO SUBNORMAL			AMB	HCO	HSO	REF

**ANEXO II DA RESOLUÇÃO NORMATIVA -
RN Nº 387, DE 29 DE OUTUBRO DE 2015**
(Vigente a partir de 02/01/2016)

O Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização – DUT, que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I;

Anexo II

1. ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA; ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA; ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
2. ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM
3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA
4. ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP)
5. AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL
6. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE
7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAO X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA)¹¹
8. BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE
9. BRAF
10. CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO – CORRESPONDE AOS SEGUINTE PROCEDIMENTOS: CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOLÓGICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO
11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)
12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)
13. CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK
14. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO, POR PCR
15. COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA
16. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
17. CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA
18. DERMOLIPECTOMIA
19. DÍMERO-D
20. ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO
21. EGFR
22. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO
23. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA
24. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
25. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO
26. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE
27. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
28. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO
29. HEPATITE C - GENOTIPAGEM
30. HER-2
31. HIV, GENOTIPAGEM
32. HLA-B27, FENOTIPAGEM
33. IMPLANTE COCLEAR
34. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL
35. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
36. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS)
37. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR
38. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA
39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO
40. IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR)
41. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR)
42. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
43. IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL)
44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
45. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)

46. IMPLANTE INTRAVÍTEO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA
47. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS
48. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL
49. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA
50. K-RAS
51. LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE
52. MAMOGRAFIA DIGITAL
53. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL
54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.1 TERAPIA PARA ANEMIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE
 - 54.2 TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DE INFECÇÕES RELACIONADAS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.3 TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.4 TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.5 TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NEUTROPENIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM FATORES DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS
 - 54.6 TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NÁUSEA E VÔMITO RELACIONADOS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.7 TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
 - 54.8 TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS
55. MICROCIRURGIA “A CÉU ABERTO” POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)
56. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)
57. N-RAS
58. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
59. PANTOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE
60. PET-SCAN ONCOLÓGICO
61. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO
62. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUENCIA
63. SUCCINIL ACETONA
64. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER
65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE; TERAPIA IMUNOBiolÓGICA SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE
66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER
67. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)
68. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)
69. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA
70. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA
71. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA
72. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA
73. TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA
74. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO
75. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA
76. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL
77. VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM
78. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

79. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
80. APLICAÇÃO DE SELANTE
81. BIÓPSIA DE BOCA
82. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
83. BIÓPSIA DE LÁBIO
84. BIÓPSIA DE LÍNGUA
85. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA
86. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
87. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO
88. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
89. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO
90. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)
91. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA
92. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
93. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
94. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
95. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA
96. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM
97. SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
98. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL
99. TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
100. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO
101. TUNELIZAÇÃO
102. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA
103. CONSULTA COM NUTRICIONISTA
104. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO
105. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO
106. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL
107. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL
108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA
109. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO
110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA
 - 110.1 ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA
 - 110.2 ADRENOLEUCODISTROFIA
 - 110.3 AMILOIDOSE FAMILIAR (TTR)
 - 110.4 ATAXIA DE FRIEDREICH
 - 110.5 ATAXIAS ESPINOCEREBELARES (SCA)
 - 110.6 ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME
 - 110.7 CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS - GENE BRCA1/BRCA2
 - 110.8 COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA
 - 110.9 DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA
 - 110.10 DISPLASIA CAMPOMÉLICA
 - 110.11 DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I E II
 - 110.12 DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE/BECKER
 - 110.13 DOENÇA DE HUNTINGTON
 - 110.14 DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA ESPÔNDILO-

	EPIFISÁRIA CONGÊNITA, DISPLASIA DE KNIEST, DISPLASIA ESPÔNDILO-EPI-METAFISÁRIA DO TIPO STRUDWICK, DISPLASIA PLATISPONDÍLICA DO TIPO TORRANCE, SÍNDROME DE STICKLER TIPO I
110.15	DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA)
110.16	DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA - FOP)
110.17	FIBROSE CÍSTICA E DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE CFTR
110.18	HEMOCROMATOSE
110.19	HEMOFILIA A
110.20	HEMOFILIA B
110.21	MUCOPOLISSACARIDOSE
110.22	NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1
110.23	NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2A- MEN2A
110.24	OSTEOGÊNESE IMPERFEITA
110.25	POLIPOSE COLÔNICA
110.26	SÍNDROME CHARGE
110.27	SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI
110.28	SÍNDROME DE COWDEN
110.29	SÍNDROME DE HIPOFOSFATASIA
110.30	SÍNDROME DE LI-FRAUMENI
110.31	SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO HEREDITÁRIO (HNPCC)
110.32	SÍNDROME DE MARFAN
110.33	SÍNDROME DE NOONAN
110.34	SÍNDROME DE RETT
110.35	SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN
110.36	SÍNDROME DO CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO
110.37	SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY)
110.38	SÍNDROMES DE DELEÇÕES SUBMICROSCÓPICAS RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE
110.39	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

1. ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA; ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA; ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1. Cobertura obrigatória para pacientes Child A ou B com carcinoma hepático primário quando a doença for restrita ao fígado e as lesões forem menores que 4cm.

2. ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM

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 hipertrófica sem diagnóstico etiológico;
 - d. pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

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, conforme tabela a seguir:

Probabilidade pré-teste em pacientes com dor torácica (%)						
Idade	Angina Típica		Angina Atípica		Dor não anginosa	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30-39	59,1	22,5	28,9	9,6	17,7	5,3
40-49	68,9	36,7	38,4	14	24,8	8
50-59	77,3	47,1	48,9	20	33,6	11,7
60-69	83,9	57,7	59,4	27,7	43,7	16,9
70-79	88,9	67,7	69,2	37	54,4	23,8
>80	92,5	76,3	77,5	47,4	64,6	32,3

(adaptado de T.S.S. Genders ET AL, 2011)

- b. 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;
- c. 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;
- d. em pacientes com quadro clínico e exames complementares conflitantes, quando permanece dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia;
- e. 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, Schuijff JD, Bax JJ, de Graaf FR, Knuuti J, Kajander S, van Mieghem CA, Meijis 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. ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP)

1. Cobertura obrigatória na investigação diagnóstica de Artrite Reumatóide, quando o fator reumatóide for negativo.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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. blefaroespasma;
- b. distonia laríngea;
- c. espasmo hemifacial;
- d. distonia cervical;
- e. distonia oromandibular;
- f. câimbra do escritor.

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.
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 subaracnóidea (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);
- 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 376, de 10 de novembro de 2009.
- 2. PORTARIA SAS/MS nº 377, de 10 de novembro de 2009.

9. 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.

10. 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 de pelo menos uma 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 de 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 marcapasso, 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. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para pacientes 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 historia 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 à 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.

11. 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 conceito, 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.

Referência Bibliográfica:

Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

A esterilização masculina por 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.

1. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- 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.

Grupo II

- 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.

Referência Bibliográfica:

Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

Referência Bibliográfica:

Resolução do CFM nº 1.942/2010.

17. CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS 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).

18. 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.

19. 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.

20. ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO

1. Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional a partir de 18 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento.

21. 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.

22. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO

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

23. 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. adenomiose 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.

24. 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:
 - marcapassos 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

Referência Bibliográfica

Resolução do CFM nº 1.942/2010.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. HIV, GENOTIPAGEM

1. 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.

32. HLA-B27, FENOTIPAGEM

1. Cobertura obrigatória na investigação diagnóstica de Espondilite Anquilosante quando a ressonância magnética for inconclusiva para a presença ou não de sacro-iliíte.

33. IMPLANTE COCLEAR

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

1. Em crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo

e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) por um período mínimo de três meses. Em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, não é obrigatória a experiência com AASI;
- b. idade mínima de 6 meses na perda auditiva profunda e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa;
- c. falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4KHz);
- d. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

2. Em crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na orelha a ser implantada;
- b. presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral;
- c. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

3. Em crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;
- b. presença de código linguístico oral em desenvolvimento. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes;
- c. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d. uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância.

4. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos, que apresentem perda auditiva neurosensorial pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;
- b. presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- c. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d. uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda.

5. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos, que apresentem perda auditiva neurosensorial pós-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na orelha a ser implantada;
- b. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

6. Em crianças com perda auditiva pré-lingual, com diagnóstico de Espectro da Neuropatia Auditiva, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. uso obrigatório de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica;
- b. o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala deve ser soberano ao grau da perda auditiva;
- c. idade mínima de 30 meses para as perdas moderadas e 18 meses para as perdas severas a profunda. A idade

mínima não é exigência nos casos com etiologia genética do espectro da neuropatia auditiva comprovada;

d. os demais critérios de indicação do implante coclear seguem de acordo com os itens anteriores relacionados à faixa etária e época de instalação da surdez.

7. Em pacientes com perda auditiva pós-lingual, com diagnóstico de Espectro da Neuropatia Auditiva, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala deve ser soberano ao grau da perda auditiva;
- b. os demais critérios de indicação do implante coclear seguem de acordo com os itens anteriores relacionados à faixa etária e época de instalação da surdez.
- 8. Em pacientes com cegueira associada à surdez, independente da idade e época da instalação da surdez, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. resultado de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI for igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada;
 - b. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

Está vedado o Implante Coclear quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1. Surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral (exceto nos casos de cegueira associada);
- 2. Pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral;
- 3. Contraindicações clínicas.

34. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL

1. Cobertura obrigatória, para pacientes portadores de ceratocone, que apresentem visão insatisfatória com uso de óculos e lentes de contato ou que apresentem intolerância a lentes de contato, nos quais todas as modalidades de tratamento clínico tenham sido tentadas, quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. ceratometria anterior máxima $K > 53$ Dioptrias e < 75 Dioptrias;
- b. ausência de cicatriz central;
- c. espessura corneana (paquimetria) $> 300 \mu\text{m}$.

Grupo II

- a. ceratocone com opacidade severa da córnea;
- b. hidropsia da córnea;
- c. associação com processo infeccioso local ou sistêmico em atividade;
- d. síndrome de erosão recorrente da córnea.

35. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR 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

Referência Bibliográfica:

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.

36. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS)

1. Cobertura obrigatória para prevenção secundária quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e todos os critérios do Grupo II.
2. Cobertura obrigatória para prevenção primária em pacientes com cardiopatia isquêmica ou 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 preenchidos todos os critérios do Grupo II.
3. Cobertura obrigatória para prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica quando preenchidos todos os critérios do Grupo II.

Para efeito de observância dos critérios 1, 2 e 3 supracitados, segue a definição dos grupos I e II.

Grupo I

- 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;

Grupo II

- a. fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 35%;
- b. ritmo sinusal;
- c. classe funcional II ou III (pacientes ambulatoriais) apesar de terapia médica recomendada ótima (incluindo betabloqueadores, sempre que possível), em acompanhamento em ambulatório por pelo menos 3 (três) meses;

d. dissincronia cardíaca, evidenciada por QRS de duração entre 120-149 milissegundos e bloqueio completo de ramo esquerdo ou dissincronia cardíaca, evidenciada por QRS de duração maior que 150 milissegundos com ou sem bloqueio completo de ramo esquerdo.

Referências Bibliográficas:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde PORTARIA Nº 152, DE 8 DE MARÇO DE 2007. Definir que os procedimentos de implante de marcapassos de alto custo listados no Anexo I desta Portaria devem ser indicados, prioritariamente, nas condições listadas no Anexo II.
2. NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated July 2011. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. 2011; 37-38.
3. NICE. Implantable cardioverter defibrillators and cardiac resynchronisation therapy for arrhythmias and heart failure (review of TA95 and TA120). NICE technology appraisal guidance [TA314]. June 2014.

37. 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.

38. 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.

39. 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 fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses;
 - c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

40. 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. marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
 - b. marcapasso 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.

41. 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. marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
 - b. marcapasso 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.

42. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE $\leq 35\%$, 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 ≥ 120 ms;
 - b. CF III ou IV ambulatorial, sem padrão de BRE, mas com QRS ≥ 150 ms.
- 2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE $\leq 35\%$, CF III ou IV ambulatorial, em tratamento clínico otimizado, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, dependentes de marcapasso 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 marcapasso 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.

43. IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL)

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com história de pelo menos 3 síncope (perda completa e transitória da consciência e do tônus postural) de origem indeterminada nos últimos 2 anos e que não preencham nenhum dos seguintes critérios:
 - a. história Clínica que indique síncope de origem neuromediada ou causas metabólicas, excetuando-se a hipersensibilidade do seio carotídeo
 - b. ECG prévio que apresente achados que justifiquem a síncope
 - c. ecocardiograma que demonstre doença cardíaca estrutural

44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

- 1. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para pacientes com perda auditiva condutiva ou mista unilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. má formação congênita ou condições anatômicas ou infecciosas de orelha média e/ou externa que impossibilite adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
 - b. com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
 - c. limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada;

- d. índice reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem aparelho de amplificação sonora individual (AASI).
2. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para pacientes com perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. má formação congênita ou condições infecciosas de orelha média e/ou externa que impossibilite adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
 - b. mom gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
 - c. limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas orelhas;
 - d. índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
 - e. a diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e ser menor que 15 dB em todas as frequências.
3. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para paciente com perda auditiva neurosensorial unilateral de grau profundo para estimulação transcraniana de orelha contralateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. perda auditiva neurosensorial de grau profundo em orelha a ser implantada;
 - b. limiares normais na orelha contralateral.
4. Cobertura obrigatória do processador de som adaptado a uma faixa (banda elástica) para crianças pequenas ou pacientes com espessura da calota craniana que impede a colocação do pino, enquanto a cirurgia ainda não pode ser realizada, desde que cumpridos os itens 1 ou 2 ou 3.

Referências Bibliográficas:

1. Priwin C, Jönsson R, Hultcrantz M, Granström G. BAHA in children and adolescents with unilateral or bilateral conductive hearing loss: a study of outcome. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 135-45. PMID: 17092570.
2. Van der Pouw KT, Snik AF, Cremers CW. Audiometric results of bilateral bone-anchored hearing aid application in patients with bilateral congenital aural atresia. *Laryngoscope* 1998; 108 (4 Pt 1): 548-53.
3. Priwin C, Stenfelt S, Granström G, Tjellström A, Håkansson B. Bilateral bone-anchored hearing aids (BAHAs): an audiometric evaluation. *Laryngoscope* 2004; 114: 77-84. PMID: 14709999.
4. Bosman AJ, Snik AF, van der Pouw CT, Mylanus EA, Cremers CW. Audiometric evaluation of bilaterally fitted bone-anchored hearing aids. *Audiology* 2001; 40: 158-67.
5. Priwin C, Stenfelt S, Edensvard A, Granström G, Tjellström A, Håkansson B. Unilateral versus bilateral bone-anchored hearing aids (BAHAs). *Cochlear Implants Int* 2005; 6 Suppl 1: 79-81. PMID: 18792368.
6. Dutt SH, McDermot AL, Burrell SP, Cooper HR, Reid AP, Proops DW. Patient satisfaction with bilateral oneanchored hearing aids: the Birmingham experience. *J Laryngol Otol Suppl* 2002; 28: 37—46.
7. Kunst SJ, Leijendeckers JM, Mylanus EA, Hol MK, Snik AF, Cremers CW. Bone-anchored hearing aid system application for unilateral congenital conductive hearing impairment: audiometric results. *Otol Neurotol* 2008; 29: 2—7.
8. Evans AK, Kazahaya K. Canal atresia: “surgery or implantable hearing devices? The expert’s question is revisited”. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 367-74. PMID: 17196671.
9. Fuchsmann C, Tringali S, Disant F, Buiret G, Dubreuil C, Froehlich P, Truy E. Hearing rehabilitation in congenital aural atresia using the bone-anchored hearing aid: audiological and satisfaction results. *Acta Otolaryngol* 2010; 24. PMID: 20735185.
10. NHS Commissioning Board Clinical Commissioning Policy: Bone Anchored Hearing Aids First published: April 2013. Disponível em: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/d09-p-a.pdf>.

45. 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 opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio;
 - d. existe intolerância intensa aos opióides orais;
 - e. verifica-se melhora com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano realizada durante pelo menos 3 dias;
 - f. o paciente não esteja imunocomprometido.

*exceto portadores de neoplasias malignas.

2. Pacientes portadores de 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.

46. IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA

1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem um dos seguintes critérios:
 - a. uveíte crônica não infecciosa intermediária ou posterior;
 - b. edema macular nas oclusões venosas de ramo e central da retina;
 - c. edema macular diabético.

47. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS

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

48. 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 preencher todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- prostatectomia realizada há pelo menos 12 meses;
- 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 à radioterapia;
- estado nutricional adequado (Albumina $\geq 3,5$ g/dl e IMC $> 22\text{kg/m}^2$);
- possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária;
- tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II

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

49. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA

- 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.

50. K-RAS

- 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.

51. LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE

- Cobertura obrigatória de laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço.
- Cobertura obrigatória de laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético quando a proposta terapêutica for o transplante de medula óssea.
- Cobertura obrigatória de laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético.

52. MAMOGRAFIA DIGITAL

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

53. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL

- 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.

54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

54.1- TERAPIA PARA ANEMIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE

1. Cobertura obrigatória de Agentes Estimuladores da Eritropoiese para os casos de sintomas decorrentes de anemia relacionada a tratamento de quimioterapia, nos casos de concentrações decrescentes de hemoglobina e níveis inferiores a 10g/dL, quando a transfusão for contra-indicada.

OBS: Se o paciente não apresentar resposta após 12 semanas do uso do medicamento, este deverá ser descontinuado.

Referência Bibliográfica:

American Society of Clinical Oncology/American Society of Hematology Clinical Practice Guideline Update on the Use of Epoetin and Darbepoetin in Adult Patients With Cancer - 2010

54.2-TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DE INFECÇÕES RELACIONADAS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de antibióticos (medicamentos antibacterianos, antifúngicos e antivirais) na profilaxia primária (visa evitar o desenvolvimento de doenças em pacientes com exposição prévia ao agente infeccioso) ou secundária (visa evitar a recidiva) de infecções relacionadas ao uso de antineoplásico, em pacientes de risco intermediário ou alto.
2. Cobertura obrigatória de antibióticos (medicamentos antibacterianos, antifúngicos e antivirais) no tratamento de infecções relacionadas ao uso de antineoplásico.

Referência Bibliográfica:

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections. 2012;10:1412-1445 J Natl Compr Canc Netw.

54.3- TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de antidiarréico para pacientes com diarreia relacionada ao uso de antineoplásicos que tenham este efeito colateral previsto em bula.

54.4- TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes com dor relacionada ao uso do antineoplásico que tenham este efeito colateral previsto em bula.

54.5- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NEUTROPENIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM FATORES DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS

1. Cobertura obrigatória na profilaxia da neutropenia febril relacionada ao uso de antineoplásico, em pacientes que estejam utilizando quimioterapia citotóxica ou terapia mieloablativa, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com alto risco (> 20% de risco para neutropenia febril);
 - b. na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com risco intermediário (> 10% e < 20% de risco para

neutropenia febril) em que este risco seja determinado por fatores inerentes ao paciente e que sejam inalteráveis e que a intenção do tratamento seja curativa;

- c. na profilaxia secundária da neutropenia febril de pacientes que já apresentaram episódio anterior de neutropenia febril e que a intenção do tratamento seja curativa.
- 2. Cobertura obrigatória para os casos de neutropenia febril relacionados ao uso de antineoplásico, quando o paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e forem preenchidos todos os critérios do grupo I e um dos critérios do grupo II:

Grupo I (Definição)

- a. uma medida de temperatura $\geq 38,30^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ por mais de 1h;
- b. neutropenia ≤ 500 neutrófilos/mcL ou < 1000 neutrófilos/mcL com probabilidade de queda até ≤ 500 neutrófilos/mcL ao longo das 48h seguintes.

Grupo II

- a. paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos;
- b. paciente ainda não fez uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e apresenta fatores de risco para complicações associadas à infecção.

OBS: O uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos é contra-indicado para pacientes em tratamento concomitante com quimioterápicos e radioterapia.

Referência Bibliográfica:

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) - Myeloid Growth Factors. J Natl Compr Canc Netw 2009;7:64-83

54.6- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NÁUSEA E VÔMITO RELACIONADOS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

Profilaxia/Prevenção de náuseas, vômitos relacionados a agentes antineoplásicos

- 1. Cobertura obrigatória para a prevenção de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito na tabela a seguir:

Alto Potencial Emetogênico (> 90%)	Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%)	Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%)
	Homem	Mulher
Adulto 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Adulto 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Adulto 1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2

Alto Potencial Emetogênico (> 90%)	Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%)	Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%)
	Homem	Mulher
Esquema Pediátrico 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico Nenhuma recomendação devido à falta de estudos. Adotar protocolo similar ao dos adultos, sendo a dose passível de ajuste

Náuseas e vômitos antecipatórios

1. Cobertura obrigatória de alprazolam e/ou lorazepam para náuseas e vômitos antecipatórios associado ao uso de antineoplásicos.

Tratamento de Náuseas e vômitos

1. Cobertura obrigatória para o tratamento de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito de modo escalonado a seguir:
- a. caso a profilaxia para náuseas e vômitos não tenha sido efetiva e o paciente apresente sintomas, deve-se incluir mais uma droga ao esquema anterior, preferencialmente de uma classe diferente das já utilizadas;
 - b. se permanecerem os sintomas após a inclusão de mais uma droga, ajustar as doses dos medicamentos, substituir as drogas já utilizadas ou incluir mais uma droga;
 - c. se permanecerem os sintomas após o ajuste das doses, substituição das drogas ou a inclusão de mais uma droga, avaliar a utilização de terapia antiemética profilática de alto risco de emetogenicidade para o próximo ciclo.

Antiemético
Corticosteróides
Antagonistas 5HT3
Bezodiazepínico
Haloperidol
Metoclopramida
Olanzapina
Escopolamina
Fenotiazina

Tratamento de resgate para náuseas e vômitos

1. Cobertura obrigatória de metoclopramida e/ou dolasetrona e/ou ondansetrona e/ou granisetrona e/ou haloperidol e/ou dexametossana e/ou prometazina e/ou olanzapina para o tratamento de resgate de náuseas e vômitos associado ao uso de antineoplásicos.

Tabela de Risco Emetogênico para Antineoplásico

Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
AC, com doxorrubicina ou epirubicina mais ciclofosfamida	INJETÁVEL				5
Aldesleucina (>12MUI/m2)	INJETÁVEL			4	
Aldesleucina (=2MUI/ m2)	INJETÁVEL		2		
Alemtuzumabe	INJETÁVEL			4	
Alfainterferona (<5MUI/ m2)	INJETÁVEL	1			
Alfainterferona (>5<10MUI/ m2)	INJETÁVEL		2		
Alfainterferona (=10MUI/ m2)	INJETÁVEL			4	
Altretamina	INJETÁVEL			4	
Amifostina (> 300mg/ m2)	INJETÁVEL			4	
Amifostina (< ou = 300mg/m2)	INJETÁVEL		2		
Asparginase	INJETÁVEL	1			
Azacitidina	INJETÁVEL			3	
Bendamustina	INJETÁVEL			3	
Bevacizumabe	INJETÁVEL	1			
Bleomicina	INJETÁVEL	1			
Bortezomibe	INJETÁVEL		2		
Bussulfano	INJETÁVEL			4	
Cabazitaxel	INJETÁVEL		2		
Capecitabina	ORAL		2		
Carbazitaxel	INJETÁVEL		2		
Carboplatina	INJETÁVEL			4	
Carmustina (> 250mg/m2)	INJETÁVEL				5
Carmustina (=250mg/ m2)	INJETÁVEL			4	
Catumaxumabe	INJETÁVEL		2		
Cetuximabe	INJETÁVEL	1			
Ciclofosfamida	ORAL			3	
Ciclofosfamida (> 1500mg/m2)	INJETÁVEL				5
Ciclofosfamida (=750mg=1500mg/ m2)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (< 50mg/ m2)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (=50mg/m2)	INJETÁVEL				5
Citarabina (< 100mg/m2)	INJETÁVEL	1			
Citarabina (> 200mg/ m2)	INJETÁVEL			4	
Citarabina (100 -200mg/ m2)	INJETÁVEL		2		
Cladribina (2-Clordeoxiadenosina)	INJETÁVEL	1			
Clofarabina	INJETÁVEL			3	

Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
Clorambucila	ORAL	1			
Dacarbazina	INJETÁVEL				5
Dactinomicina	INJETÁVEL			4	
Dasatinibe	ORAL	1			
Daunorrubicina	INJETÁVEL			3	
Decitabina	INJETÁVEL	1			
Denileukin diftitox	INJETÁVEL	1			
Dexrazoxano	INJETÁVEL	1			
Docetaxel	INJETÁVEL		2		
Doxorrubicina lipossomal	INJETÁVEL		2		
Doxorrubicina(=60mg/ m2)	INJETÁVEL			3	
Doxorubicina (> 60mg/ m2)	INJETÁVEL				5
Epirubicina (=90mg/ m2)	INJETÁVEL			3	
Epirubicina (< ou = 90mg/m2)	INJETÁVEL				5
Eribulina	INJETÁVEL		2		
Erlotinibe, Cloridrato de	ORAL	1			
Estreptozocina	INJETÁVEL				5
Etoposídeo	INJETÁVEL		2		
Floxuridina	INJETÁVEL		2		
Fludarabina	ORAL/INJ	1			
Fluorouracila	INJETÁVEL		2		
Fotemustina (150 -200mg/ m2)	INJETÁVEL		2		
Gefitinibe	ORAL	1			
Gencitabina	INJETÁVEL		2		
Hidroxiuréia	ORAL	1			
Idarrubicina	INJETÁVEL			4	
Ifosfamida (< 10mg/ m2)	INJETÁVEL			3	
Ifosfamida (=10g/ m2)	INJETÁVEL				5
Ipilimumabe	INJETÁVEL	1			
Irinotecano	INJETÁVEL			3	
Ixabepilone	INJETÁVEL		2		
Lapatinibe, Ditosilato de	ORAL	1			
Lomustina	INJETÁVEL			3	
Mecloretamina	INJETÁVEL				5
Melfalano	ORAL/INJ			4	
Metotrexate (=50 g/ m2)	INJETÁVEL	1			

Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
Metotrexato	ORAL			4	
Metotrexato (> 250mg/ m2)	INJETÁVEL			3	
Metotrexato (> 50mg até 250mg/ m2)	INJETÁVEL		2		
Mitomicina	INJETÁVEL		2		
Mitoxantrona	INJETÁVEL		2		
Nelarabina	INJETÁVEL	1			
Ofatumumabe	INJETÁVEL	1			
Oxaliplatina	INJETÁVEL			3	
Paclitaxel	INJETÁVEL		2		
Panitumumabe	INJETÁVEL		2		
Pegaspargase	INJETÁVEL	1			
Peginterferon	INJETÁVEL	1			
Pemetrexede	INJETÁVEL		2		
Pentostatina	INJETÁVEL		2		
Pralatrexate	INJETÁVEL		2		
Rituximabe	INJETÁVEL	1			
Romidepsina	INJETÁVEL		2		
Sorafenibe	ORAL		2		
Sunitinibe, Malato de	ORAL		2		
Temozolamida	ORAL/INJ			3	
Tensirolimo	INJETÁVEL		2		
Tioguanina	ORAL	1			
Tiotepa	INJETÁVEL		2		
Topotecana, Cloridrato de	ORAL/INJ		2		
Trabectedina	INJETÁVEL			4	
Trastuzumabe	INJETÁVEL		2		
Tretinoína	ORAL	1			
Trióxido de arsênio	INJETÁVEL			3	
Valrubicina	INJETÁVEL	1			
Vinblastina	INJETÁVEL	1			
Vincristina	INJETÁVEL	1			
Vinorelbina	INJETÁVEL	1			

Cálculo de risco para associações de antineoplásicos

Para os pacientes que estejam em uso de outros antineoplásicos associados, sejam eles orais ou venosos o cálculo de risco deve ser realizado como descrito abaixo:

- a. identificar e pontuar o antineoplásico mais emetogênico
- b. somar 1 ponto para cada outro de nível 3 ou 4
- c. somar 1 ponto para um ou mais de nível 2

OBS: Para os medicamentos que não estejam nas listas apresentadas acima, a indicação do nível de risco deve ser feita pelo médico assistente baseado na literatura médica.

Referências Bibliográficas:

1. Diretrizes em Antieméticos MASCC/ESMO 2011- Multinational Association of Supportive Care in Cancer.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Antiemesis 2012
3. ASCO Guidelines – Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update – 2011

54.7- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de antibióticos (tópicos e/ou via oral) e/ou corticóide tópico com ou sem antibiótico para pacientes com rash cutâneo relacionado ao uso de antineoplásicos.

54.8- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K e/ou aspirina na profilaxia do tromboembolismo, em pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de mieloma múltiplo, em uso de agentes antiangiogênicos e quimioterapia.
2. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K na profilaxia secundária ou tratamento do tromboembolismo com diagnóstico prévio de tromboembolismo venoso ou tromboembolismo pulmonar.
3. Cobertura obrigatória de inibidores de trombina e/ou inibidor indireto de trombina para pacientes incluídos nos itens 1 e/ou 2 e que apresentem trombocitopenia induzida por heparina.

Referência Bibliográfica:

Journal of Clinical Oncology (2010) – American Society of Clinical Oncology / ESMO Guidelines Working Group (Annals of Oncology 22 supplement 6: v85-v92, 2011/ NCCN National Comprehensive Cancer Network - vol 9, n. 7, 2011.

55. 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).

56. 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.

57. N-RAS

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.

58. 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
> 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 e 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

59. PANTOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem retinopatia da prematuridade no estágio 3 diagnosticada através de oftalmoscopia indireta.

60. 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 disponibilizá-lo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

61. 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.

62. 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.

63. 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.

64. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração que são assintomáticos ou levemente sintomáticos, após falha à terapia de privação androgênica.
	Próstata	Avançado metastático resistente à castração e 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

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Capecitabina	Colorretal	Primeira Linha em câncer metatático
	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 (mieloide, 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
Enzalutamida	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
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
	Testiculo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Everolimus	Mama	câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas
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
	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 irrissecável 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)	Irressecável 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)

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
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 não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
Mitotano	Córtex suprarrenal	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	Hepatocarcinoma avançado em pacientes child A
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
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas
Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
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 V600 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.

65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE; TERAPIA IMUNOBiolÓGICA SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:
- a. artrite reumatoide: 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;

b. 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) ou igual ou maior que 5 pela EVA (Escala Visual Analógica) 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);

c. 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;

d. 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.

66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER

1. Cobertura obrigatória em adjuvância à braquiterapia para pacientes portadores de melanoma de coróide.

Referência Bibliográfica:

NHMRC. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand Ocular and Periocular Melanoma: Supplementary Document. National Health and Medical Research Council. 2008

67. 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 à 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.

Referência Bibliográfica:

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).

68. 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 e síndrome metabólica ou 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 cineangiografias coronárias.
13. Na avaliação seriada em pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.

69. 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 como 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 cistoide (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 angioides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central);
 - membrana epirretiniana;
 - distrofias retinianas.

70. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA

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.

71. 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.

72. 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.

73. TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com bexiga hiperativa, não responsiva aos tratamentos clínicos, no limite máximo de três aplicações por ano e intervalo superior a 12 semanas, quando o paciente preencher todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. O tratamento deve ser descontinuado caso o beneficiário não preencha o critério do Grupo III:

Grupo I (Inclusão)

- a. bexiga hiperativa há pelo menos 6 meses com incontinência urinária de urgência;
- b. insucesso no tratamento clínico com modificação comportamental;
- c. contra-indicações ao uso de antimuscarínico ou efeitos adversos intoleráveis ou insucesso no tratamento com tentativa de pelo menos dois antimuscarínicos por pelo 2 meses cada;
- d. exclusão de doenças urológicas que possam confundir o diagnóstico (infecção urinária, litíase vesical ou tumor vesical).

Grupo II (Exclusão)

- a. neoplasia ativa da bexiga ou uretra;
- b. contra-indicações ou alergia ao uso da toxina botulínica;
- c. resíduo urinário pós-miccional superior a 150 ml, em pelo menos duas determinações objetivas (ultra-som ou cateterismo vesical);
- d. infecção urinária ativa.

Grupo III (Descontinuidade)

- a. redução de pelo menos 50% na frequência de episódios de incontinência urinária após a primeira aplicação.

74. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO

1. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de degeneração macular relacionada a idade (DMRI) quando o olho tratado no início do tratamento preencher todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o olho tratado apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I

- a. melhor acuidade visual corrigida entre 20/20 e 20/400;
- b. ausência de dano estrutural permanente da fóvea central;
- c. tamanho das lesões inferior ou igual a 04 áreas de disco na maior dimensão linear;
- d. crescimento de novos vasos sanguíneos, constatado por tomografia de coerência óptica ou angiografia com fluoresceína e piora da acuidade visual.

Grupo II

- a. dano estrutural permanente da fóvea, quando não é mais possível a prevenção de mais perda visual;
- b. evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III

- a. reação de hipersensibilidade a um agente anti-VEGF comprovada ou presumida;
- b. redução da acuidade visual no olho tratado para menos de 30 letras (absolutos), diagnosticado e confirmado através de uma segunda avaliação, atribuíveis a DMRI na ausência de outra doença;
- c. aumento progressivo do tamanho da lesão confirmada por tomografia de coerência óptica ou angiografia com fluoresceína, apesar de terapia otimizada por mais de três aplicações consecutivas;
- d. OCT que evidencie presença de edema, apesar de terapia otimizada por mais de três aplicações consecutivas.

Referências Bibliográficas:

1. NICE. Aflibercept solution for injection for treating wet age-related macular degeneration. NICE technology appraisal guidance 294. 2013;
2. NICE. Ranibizumab and pegaptanib for the treatment of age-related macular degeneration. NICE technology appraisal guidance 155 - Reviewed feb 2014. 2012;
3. Ophthalmologists TRC of. Age-Related Macular Degeneration: Guidelines for Management. The Royal College of Ophthalmologists. 2013.

75. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA

1. Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 18 semanas e 24 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento e quando a solicitação de autorização do procedimento ocorrer até a idade gestacional de 24 semanas.

76. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL

1. Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação e quando a solicitação de autorização do procedimento ocorrer até a idade gestacional de 13 semanas e 6 dias.

77. VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM

1. Cobertura obrigatória para pacientes sintomáticos que apresentem quadro clínico de ataxia cerebelar.

78. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

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

79. 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.

80. 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.

81. 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.

82. 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.

83. 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.

84. 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.

85. 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.

86. 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.

87. 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.

88. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA 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.

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

90. 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.

91. 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.

92. 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.

93. 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.

94. 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.

95. 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.

96. 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.

97. SUTURA DE FERIDA EM 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.

98. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL

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.

99. TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA 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.

100. 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.

101. 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.

102. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de fisioterapia, por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

103. CONSULTA COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas, por ano de contrato, 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) $< 22 \text{ kg/m}^2$);
 - d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
 - e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) com mais de 16 anos;
 - f. pacientes ostomizados;
 - g. após cirurgia gastrointestinal;
 - h. para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.
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.

104. CONSULTA/SESSÃO COM FONAUDIÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
 - b. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
 - c. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
 - d. pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
 - e. dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);

- 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 disfonia 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 gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
 - b. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80); 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: disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.1; R48.2 e R48.0);
 - e. pacientes com disfonia 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. Cobertura mínima obrigatória de 96 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. pacientes portadores de Implante Coclear;
 - b. pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
 - c. 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);
 - d. pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).
4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

105. 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;

106. 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).

107. 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).

108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 18 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 F30 a 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).

109. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

1. Cobertura obrigatória de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, inclusive administração de medicamentos, 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).

110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/ MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA

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 nos subitens desta Diretriz de Utilização, quando seguidos os parâmetros definidos em cada subitem para as patologias ou síndromes listadas.
 - b. para as patologias ou síndromes listadas a seguir a cobertura de análise molecular de DNA não é obrigatória: ostecondromas hereditários múltiplos (exostoses hereditárias múltiplas); Neurofibromatose 1; e Fenilcetonúria.
 - c. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes dos itens a e b, 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 relativa apenas ao item c: Os exames realizados por técnicas de pesquisas em painel, tais como PCR Multiplex, CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa), MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification), Sequenciamento de Nova Geração (NGS), Sequenciamento completo de todos os éxons do Genoma Humano (Exoma) e Sequenciamento do Genoma (Genoma), screening de risco pessoal ou de planejamento familiar em paciente assintomático quando desvinculado de história familiar, não estão contemplados no item “c”.

OBS geral 1: Nas diretrizes de utilização abaixo são considerados:

Grau de parentesco	Denominação
parentes de primeiro grau	mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão.
parentes de segundo grau	avó, avô, neta, neto, tia, tio, sobrinha, sobrinho, meia-irmã, meio-irmão.
parentes de terceiro grau	bisavó, bisavô, tia-avó, tio-avô, prima de primeiro grau, primo de primeiro grau, bisneta, bisneto, sobrinhaneta, sobrinhoneto.

OBS geral 2: Para as diretrizes de utilização em que o método escalonado contemple a técnica CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa), a resolução mínima obrigatória é a densidade de 180k. No caso de plataformas que utilizem apenas SNP- array (Polimorfismo de um único nucleotídeo), a resolução mínima obrigatória é a densidade de 750k.

OBS geral 3: O sequenciamento por NGS ou Sanger dos exons dos genes associados a cada síndrome deve ser realizado na região codificadora do gene e se estender também às regiões intrônicas adjacentes aos exons (pelo menos seis, idealmente dez nucleotídeos imediatamente adjacentes às extremidades 5’ e 3’ dos exons).

OBS geral 4: O material inicial a ser utilizado para o sequenciamento é o DNA.

Patologias ou síndromes de cobertura obrigatória referentes ao item a desta Diretriz de Utilização:

110.1 - ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA

1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem baixa estatura desproporcionada quando restarem dúvidas diagnósticas acerca da doença apresentada após a investigação clínica e radiológica e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. achados clínicos e radiológicos sugestivos de Acondroplasia (macrocrania com fronte ampla e/ou rizomelia e/ou limitação da extensão dos cotovelos e/ou braquidactilia e/ou configuração das mãos em tridente e/ou geno varo e/ou ossos tubulares curtos e/ou estreitamento da distância interpedicular da coluna espinal e/ou hiperlordose lombar e/ou ilíacos arredondados e acetábulo horizontalizados e/ou incisura sacro isquiática pequena e/ou radiolusclência femoral proximal e/ou leves alterações metafisárias);
- b. achados clínicos e radiológicos sugestivos de Hipocondroplasia (macrocrania com face relativamente normal e/ou rizomelia e/ou mesomelia e/ou limitação da extensão dos cotovelos e/ou leve frouxidão ligamentar e/ou mãos e dedos curtos e/ou geno varo e/ou hiperlordose lombar e/ou deficiência intelectual e/ou acantose nigricans e/ou epilepsia do lobo temporal e/ou osteoartrite em adultos e/ou encurtamento dos ossos longos com leve alteração metafisária e/ou braquidactilia e/ou estreitamento da distância interpedicular da coluna espinal e/ou ilíacos encurtados e quadrados e/ou encurtamento do segmento distal da ulna, alongamento do segmento distal da fíbula e/ou teto do acetábulo raso).

Método de análise:

1. Em caso de achados clínicos e radiológicos sugestivos de Acondroplasia, realizar análise apenas das mutações específicas para Acondroplasia c.1138G>A e c.1138G>C no gene FGFR3.
2. Em caso de achados clínicos e radiológicos sugestivos de Hipocondroplasia, realizar análise apenas das mutações específicas para Hipocondroplasia c.1620C>A e c.1620C>G no gene FGFR3.

110.2 - 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. Para os casos não enquadrados no item anterior, realizar Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons do gene ABCD1.

110.3 - AMILOIDOSE FAMILIAR (TTR)

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem neuropatia autonômica ou sensorio-motora lentamente progressiva com biópsia de tecido demonstrando depósito de substância amiloide, especificamente marcados com anticorpos anti-TTR e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. bloqueio da condução cardíaca;
 - b. cardiomiopatia;
 - c. neuropatia;

- d. opacidade do corpo vítreo.
2. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º grau ou 2º grau de caso confirmado através de diagnóstico molecular de amiloidose familiar (TTR) 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. Análise da mutação VAL30MET no gene TTR.
3. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos éxons 2, 3 e 4 do gene TTR.

110.4 - 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 preenchidos 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 intron 1 do gene FXN por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em gel de agarose ou por eletroforese capilar.

110.5 - ATAXIAS ESPINOCEREBELARES (SCA)

1. Cobertura obrigatória para indivíduos sintomáticos com ataxia de marcha associada ou não a outros sinais neurológicos (distonia, neuropatia periférica, parkinsonismo e alterações da movimentação ocular) independente da idade e com história familiar de herança autossômica dominante.
2. Cobertura obrigatória para indivíduos sintomáticos com ataxia de marcha associada ou não a outros sinais neurológicos (distonia, neuropatia periférica, parkinsonismo e alterações da movimentação ocular) independente da idade e sem história familiar desde que preencha todos os seguintes critérios:
 - a. doença de início insidioso e curso progressivo;
 - b. início dos sintomas há mais de 6 meses;
 - c. ressonância magnética de encéfalo que não sugira outra causa para a ataxia (esclerose múltipla, infecção de sistema nervoso central, tumores, mal formações cerebrais e/ou cerebelares, siderose superficial).
3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares de 1º, 2º ou 3º graus assintomáticos maiores de 18 anos quando o diagnóstico molecular do tipo de SCA tiver sido confirmado na família. No caso em que o diagnóstico molecular confirmar SCA do tipo 10 a cobertura para indivíduos assintomáticos não é obrigatória.

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 expansão no gene específico.

2. Pesquisa de expansão CAG no gene ATXN3 (SCA3 ou Doença de Machado-Joseph) por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com análise de fragmentos por eletroforese capilar ou por PCR multiplex fluorescente.
3. Se item anterior for normal, pesquisar simultaneamente expansão de nucleotídeos CAG nos genes ATXN1, ATXN2, CACNA1A, ATXN7, e expansão de pentanucleotídeos ATTCT no gene ATXN10 (SCA1, SCA2, SCA6, SCA7 e SCA10, respectivamente) por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com análise de fragmentos por eletroforese capilar ou por PCR multiplex fluorescente.

Referências Bibliográficas:

1. Bird TD. Hereditary Ataxia Overview. 1998 Oct 28 [updated 2015 Mar 5]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, Bird TD, Dolan CR, Fong CT, Smith RJH, Stephens K, editors. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1138/>
2. de Castilhos RM, Furtado GV, Gheno TC, Schaeffer P, Russo A, Barsottini O, Pedrosa JL, Salarini DZ, Vargas FR, de Lima MA, Godeiro C, Santana-da-Silva LC, Toralles MB, Santos S, van der Linden H Jr, Wanderley HY, de Medeiros PF, Pereira ET, Ribeiro E, Saraiva-Pereira ML, Jardim LB; Rede Neurogenética. Spinocerebellar ataxias in Brazil--frequencies and modulating effects of related genes. *Cerebellum*. 2014 ;13:17-28.
3. Sequeiros J, Martindale J, Seneca S, Giunti P, Kämäräinen O, Volpini V, Weirich H, Christodoulou K, Bazak N, Sinke R, Sulek-Piatkowska A, Garcia-Planells J, Davis M, Frontali M, Hämläinen P, Wiczorek S, Zühlke C, Saraiva-Pereira ML, Warner J, Leguern E, Thonney F, Quintáns Castro B, Jonasson J, Storm K, Andersson A, Ravani A, Correia L, Silveira I, Alonso I, Martins C, Pinto Basto J, Coutinho P, Perdigão A, Barton D, Davis M; European Molecular Quality Genetics Network. EMQN Best Practice Guidelines for molecular genetic testing of SCAs. *Eur J Hum Genet*. 2010 Nov;18:1173-6.
4. van de Warrenburg BP, van Gaalen J, Boesch S, Burgunder JM, Dürr A, Giunti P, Klockgether T, Mariotti C, Pandolfo M, Riess O. EFNS/ENS Consensus on the diagnosis and management of chronic ataxias in adulthood. *Eur J Neurol*. 2014 Apr;21(4):552-62.

110.6 - ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem as formas congênicas de Atrofia Muscular Espinhal (artrogripose múltipla congênita ou neuropatia axonal congênita) com hipotonia grave e dependência de suporte respiratório.
2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com quadro clínico de atrofia muscular espinhal do tipo I com início dos sintomas antes dos 6 meses de idade, apresentando hipotonia grave, quando preenchidos pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. atraso grave do desenvolvimento motor;
 - b. fasciculação da língua;
 - c. tremor postural dos dedos;
 - d. ausência de reflexos tendíneos;
 - e. ausência de perda sensória.
3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com quadro clínico de atrofia muscular espinhal do tipo II com início dos sintomas entre 6 e 18 meses de idade, com hipotonia ou fraqueza muscular progressiva e quando presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. fasciculação da língua;
 - b. tremor postural dos dedos;
 - c. ausência de reflexos tendíneos;
 - d. ausência de perda sensória.
4. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com quadro clínico de atrofia muscular espinhal do tipo III com início dos sintomas após 18 meses de idade com fraqueza muscular progressiva, quando presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. fraqueza muscular simétrica proximal;
 - b. fasciculação da língua ou outros grupos musculares;
 - c. tremor postural dos dedos;

- d. hiporreflexia;
 - e. câibras.
5. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com quadro clínico de atrofia muscular espinhal tipo IV com início dos sintomas na vida adulta e que apresentem eletroneuromiografia com denervação e redução da amplitude do potencial de ação motor, quando presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:
- a. fraqueza muscular simétrica proximal;
 - b. fasciculação da língua ou outros grupos musculares;
 - c. tremor postural dos dedos;
 - d. hiporreflexia;
 - e. câibras.
6. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos assintomáticos, com parentes de 1º ou 2º graus com diagnóstico molecular confirmado.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

Para pacientes enquadrados nos itens 1, 2, 3, 4 ou 5:

1. Realizar análise da deleção ou conversão do éxon 7 de ambas as cópias do gene SMN1 por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em gel de agarose ou por eletroforese capilar.
2. Realizar pesquisa de mutação por Sequenciamento de Nova Geração ou Sanger de toda região codificadora do gene SMN1 quando for diagnosticada heterozigose do éxon 7 do gene SMN1 e o paciente preencher pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. eletroneuromiografia revelando denervação e redução da amplitude do potencial de ação motor;
 - b. biópsia muscular com atrofia de fibras do grupo 1 e 2;
 - c. creatinaquinase em valores normais.

Para pacientes enquadrados no item 6:

1. Realizar nos pais do paciente reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em gel de agarose ou por eletroforese capilar para testar a deleção ou conversão do éxon 7 do gene SMN1 para a deleção do éxon 7 do gene SMN1
2. Quando o resultado for negativo para a deleção do éxon 7, testar para a mutação familiar do gene SMN1 já detectada.

Referências Bibliográficas:

1. Scheffer H, Cobben JM, Gert Matthijs G, Wirth B. Best practice guidelines for molecular analysis in spinal muscular atrophy Eur J Human Genet (2001) 9, 484-491 www.nature.com/ejhg
2. Wang CH, Finkel RS, Bertini ES, Schroth M, Simonds A, Wong B, Aloysius A, Morrison L, Main M, Crawford TO, Trela A. Consensus Statement for Standard of Care in Spinal Muscular Atrophy J Child Neurol 2007 22: 1027 DOI: 10.1177/0883073807305788

110.7 - 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. Diagnóstico de câncer de mama em idade ≤ 35 anos;
 - b. Diagnóstico de câncer de mama em idade ≤ 50 anos e mais um dos seguintes critérios:
 - I. um segundo tumor primário da mama (*);
 - II. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama e/ou ovário;
 - c. Diagnóstico de câncer de mama em idade ≤ 60 anos se câncer de mama triplo negativo (Receptor de estrogênio

(RE), Receptor de progesterona (RP) e Receptor HER2 negativos);

- d. Diagnóstico de câncer de mama em qualquer idade e mais um dos seguintes:
 - I. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama feminino em idade ≤ 50 anos;
 - II. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama masculino em qualquer idade;
 - III. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de ovário em qualquer idade;
 - IV. ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama em qualquer idade;
 - V. ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de pâncreas ou próstata (escore de Gleason > 7) em qualquer idade.

(*) No caso de câncer de mama bilateral ou duas neoplasias primárias na mesma mama (comprovado por laudos anatomo-patológicos), cada um dos tumores deve ser considerado independentemente.

2. Cobertura obrigatória para mulheres com diagnóstico atual ou prévio de câncer de ovário (tumor epitelial) em qualquer idade e independente da história familiar.
3. Cobertura obrigatória para homens com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama em qualquer idade e independente da história familiar.
4. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de pâncreas e ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama e/ou ovário e/ou pâncreas ou próstata (escore de Gleason ≥ 7) em qualquer idade.
5. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de próstata (escore de Gleason ≥ 7) e ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama e/ou ovário e/ou pâncreas ou próstata (escore de Gleason ≥ 7) em qualquer idade.
6. Cobertura obrigatória para teste das 3 mutações fundadoras Ashkenazi nos genes BRCA1 e BRCA2 em pacientes de origem judaica Ashkenazi quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. câncer de mama em qualquer idade e independente da história familiar;
 - b. câncer de ovário em qualquer idade e independente da história familiar;
 - c. câncer de pâncreas em qualquer idade com ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama, ovário, pâncreas ou próstata (escore Gleason ≥ 7).
7. Cobertura obrigatória para pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados ou não com câncer, independente do sexo, quando houver mutação deletória em BRCA1 ou BRCA2 em familiar de 1º, 2º e 3º graus.
8. Cobertura obrigatória para indivíduos com câncer de mama, mas com estrutura familiar limitada (ausência de 2 familiares de 1º, 2º ou 3º graus do sexo feminino em uma das linhagens – materna ou paterna - que tenha vivido além dos 45 anos de idade).

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. Para pacientes de origem judaica Ashkenazi nos quais a mutação familiar for uma mutação fundadora, está justificada a realização da análise das 3 mutações fundadoras Ashkenazi ao invés da análise somente da mutação familiar pela possibilidade da ocorrência de mais de uma mutação em genes BRCA em famílias Ashkenazi. Se a família for de origem judaica Ashkenazi e a mutação familiar não for uma das 3 mutações fundadoras, ainda assim justifica-se a realização do teste destas 3 mutações além da mutação que sabidamente segrega na família.
2. Nos casos de pacientes elencados nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 8 realizar o exame escalonado conforme descrito abaixo:
 - a. Sequenciamento de Nova Geração de toda região codificadora de BRCA1 e BRCA2;
 - b. Se o Sequenciamento de Nova Geração não estiver disponível iniciar com Sequenciamento bidirecional por Sanger no gene BRCA1, exceto para os casos que envolvam câncer de mama masculino ou câncer de pâncreas em que se inicia pelo gene BRCA2. Quando o primeiro sequenciamento for negativo, realizar o sequenciamento do outro gene (BRCA2 ou BRCA1);
 - c. Em caso de resultado negativo nos itens a ou b, realizar MLPA dos genes BRCA1 e BRCA2.
3. Nos casos de pacientes enquadrados no item 6, realizar teste das 3 mutações fundadoras Ashkenazi nos genes BRCA1 e BRCA2, a saber: BRCA1 185delAG (c.66_67delAG, p.Glu23fs), BRCA1 5382insC (c.5263insC, p.Gln1756fs),

e BRCA2 6174delT (c.5946delT, p.Ser1982fs). Se nenhuma destas mutações for identificada e outros critérios de elegibilidade forem contemplados conforme descrito nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8, deve ser realizada a análise seguindo os critérios de análise escalona descrito para cada item.

OBS 1: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas nos genes BRCA1 ou BRCA2, mesmo que assintomáticos, a mastectomia e a salpingo-ooforectomia redutoras de risco, 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.

OBS 2: Para fins desta DUT, tumores invasivos e in situ da mama serão considerados igualmente na definição “câncer de mama”. Para fins desta DUT, serão incluídos na definição “câncer de ovário” os tumores epiteliais de ovário, trompas de falópio e tumores primários de peritônio.

Referências Bibliográficas:

1. Carraro DM, Koike Folgueira MA, Garcia Lisboa BC, Ribeiro Olivieri EH, Vitorino Krepsich AC, de Carvalho AF, de Carvalho Mota LD, Puga RD, do Socorro Maciel M, Michelli RA, de Lyra EC, Grosso SH, Soares FA, Achatz MI, Brentani H, Moreira-Filho CA, Brentani MM. Comprehensive analysis of BRCA1, BRCA2 and TP53 germline mutation and tumor characterization: a portrait of early-onset breast cancer in Brazil. *PLoS One*. 2013;8(3):e57581. doi: 10.1371/journal.pone.0057581. Epub 2013 Mar 1.
2. Couch FJ, Hart SN, Sharma P, Toland AE, Wang X, Miron P, Olson JE, Godwin AK, Pankratz VS, Olswold C, Slettedahl S, Hallberg E, Guidugli L, Davila JI, Beckmann MW, Janni W, Rack B, Ekici AB, Slamon DJ, Konstantopoulou I, Fostira F, Vratimos A, Fountzilas G, Peltari LM, Tapper WJ, Durcan L, Cross SS, Pilarski R, Shapiro CL, Klemp J, Yao S, Garber J, Cox A, Brauch H, Ambrosone C, Nevanlinna H, Yannoukakos D, Slager SL, Vachon CM, Eccles DM, Fasching PA. Inherited mutations in 17 breast cancer susceptibility genes among a large triple-negative breast cancer cohort unselected for family history of breast cancer. *J Clin Oncol*. 2015; 33(4):304-11. doi: 10.1200/JCO.2014.57.1414. Epub 2014 Dec 1.
3. Euhus DM, Robinson L. Genetic predisposition syndromes and their management. *Surg Clin North Am*. 2013; 93(2):341-62. doi: 10.1016/j.suc.2013.01.005. Epub 2013 Feb 11
4. Gadzicki D, Evans DG, Harris H, Julian-Reynier C, Nippert I, Schmidtke J, Tibbn A, van Asperen CJ, Schlegelberger B. Genetic testing for familial/hereditary breast cancer – comparison of guidelines and recommendations from the UK, France, the Netherlands and Germany. *J Community Genet* 2011; 2:53-69. Doi:10.1007/s12687-011-0042-4.
5. Greenup R, Buchanan A, Lorizio W, et al. Prevalence of BRCA mutations among women with triple-negative breast cancer (TNBC) in a genetic counseling cohort. *Ann Surg Oncol* 2013;20:3254–3258.
6. Leegte B, van der Hout AH, Deffenbaugh AM, Bakker MK, Mulder IM, ten Berge A, Leenders EP, Wesseling J, de Hullu J, Hoogerbrugge N, Ligtenberg MJ, Arden-Jones A, Bancroft E, Salmon A, Barwell J, Eeles R, Oosterwijk JC. Phenotypic expression of double heterozygosity for BRCA1 and BRCA2 germline mutations. *J Med Genet*. 2005 42(3):e20.
7. Liede A, Karlan BY, Narod SA. Cancer risks for male carriers of germline mutations in BRCA1 or BRCA2: a review of the literature. *J Clin Oncol* 2004;22:735–742.
8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org
9. Acessado em: 15 de fevereiro de 2015.
10. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. NICE Guideline CG 164. June 2013. Disponível em URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg164>. Acessado em 14 de fevereiro de 2015.
11. Peixoto A, Santos C, Pinto P, Pinheiro M, Rocha P, Pinto C, Bizarro S, Veiga I, Príncipe AS, Maia S, Castro F, Couto R, Gouveia A, Teixeira MR. The role of targeted BRCA1/BRCA2 mutation analysis in hereditary breast/ovarian cancer families of Portuguese ancestry. *Clin Genet*. 2014 Jun 10. doi: 10.1111/cge.12441. [Epub ahead of print].
12. Risch HA, McLaughlin JR, Cole DE, et al. Prevalence and penetrance of germline BRCA1 and BRCA2 mutations in a population series of 649 women with ovarian cancer. *Am J Hum Genet* 2001;68:700–710.
13. Walsh T, Casadei S, Lee MK, et al. Mutations in 12 genes for inherited ovarian, fallopian tube, and peritoneal carcinoma identified by massively parallel sequencing. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108:18032–18037.
14. Weitzel JN, Lagos VI, Cullinan CA, Gambol PJ, Culver JO, Blazer KR, Palomares MR, Lowstuter KJ, MacDonald DJ. Limited family structure and BRCA gene mutation status in single cases of breast cancer. *JAMA*. 2007;297:2587-95.

110.8 - COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem Esclerose Tuberosa Possível e preencham um critério do Grupo I ou pelo menos dois critérios do Grupo II*:

* Para pacientes que apresentem Esclerose Tuberosa Definitiva e que preencham dois critérios do Grupo I ou um critério do Grupo I e dois critérios do Grupo II, a cobertura do diagnóstico molecular não é obrigatória.

Grupo I (Sinais maiores):

- a. Angiofibromas (três ou mais) ou placas fibróticas cefálicas (face ou couro cabeludo);
- b. Fibromas ungueais (dois ou mais);
- c. Manchas hipomelanóticas (três ou mais; ≥ 5 mm de diâmetro);
- d. Nevo de tecido conjuntivo (Shagreen patch);
- e. Múltiplos hamartomas nodulares de retina;
- f. Displasia cortical, incluindo tuberosidades e linhas de migração radial na substância branca cerebral;
- g. Nódulo subependimário;
- h. Astrocitoma subependimário de células gigantes;
- i. Rabdomioma cardíaco;
- j. Linfangiomiomatose;
- k. Angiomiolipoma renal.

Grupo II (Sinais menores):

- a. Múltiplas fossetas espalhadas no esmalte dentário(três ou mais);
- b. Fibromas intraorais (2 ou mais);
- c. Hamartoma não renal;
- d. Mancha acrômica na retina;
- e. Lesões de pele em “confete”;
- f. Cistos renais múltiplos;

OBS: Quando Linfangiomiomatose e angiomiolipomas renais forem concomitantes eles serão considerados sinal clínico único.

2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos de ambos os sexos com parentes de 1º, 2º ou 3º graus com diagnóstico molecular confirmado.

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. Realizar Sequenciamento de Nova Geração de toda região codificante dos genes TSC1 e TSC2.
3. Quando não for possível realizar o Sequenciamento de Nova Geração, realizar o Sequenciamento por Sanger do gene TSC2. Se não for diagnosticada mutação patogênica através do Sequenciamento do gene TSC2, realizar o Sequenciamento por Sanger gene TSC1.
4. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através dos itens acima, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene TSC2.
5. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através do item anterior, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene TSC1.

Referências Bibliográficas:

1. Northrup H, Koenig MK, Au KS. Tuberous Sclerosis Complex. 1999 Jul 13 [Updated 2011 Nov 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/>
2. Gene Review GeneReviews® - NCBI Bookshelf <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/>
3. HADDAD, Luciana A.; ROSEMBERG, Sérgio. Call for awareness of the updated diagnostic criteria and clinical management for patients with tuberous sclerosis complex. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 60, n. 2, p. 94-96, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000200094&lng=en&rm=iso>. access on 13 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.002>.

110.9 - 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) em gel de agarose ou por eletroforese capilar do gene SERPINA1.

110.10 - 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 tíbia 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 platisspondilia cervical e/ou tórax estreito e/ou hipomineralização do esterno e/ou braquidactília 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.

110.11 - 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 à 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) 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) em gel de agarose ou eletroforese capilar ou Método de Southern Blot.

110.12 - DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE/BECKER

1. Cobertura obrigatória para indivíduos do sexo masculino, sintomáticos (fraqueza muscular proximal com CK total elevada e/ou ENMG [eletro-neuromiografia] alterada, com ou sem biópsia muscular), para pesquisar o gene distrofina.
2. Para o aconselhamento genético dos familiares de 1º, 2º ou 3º graus do lado materno e do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora – doença recessiva ligada ao X), quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. Quando o caso índice tiver diagnóstico molecular estabelecido;
 - b. Quando o caso índice for falecido, mas tiver diagnóstico clínico e laboratorial estabelecido, mesmo sem diagnóstico molecular.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

Para o item 1:

- a. Para pesquisa de deleções ou duplicações: PCR multiplex ou MLPA para éxons do gene DMD. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.
- b. Apenas se não esclarecido pelos anteriores, Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento Completo bidirecional por Sanger das regiões codificantes de todo o gene DMD.

Para o item 2:

- a. No caso da mutação ter sido identificada na família, realizar somente a análise específica desta mutação (deleção, duplicação ou análise do éxon específico).
- b. No caso de parente falecido com Distrofia Muscular de Duchenne ou Becker sem análise molecular, a investigação deve ser escalonada conforme descrito a seguir:
 - I. Pesquisa da mãe portadora obrigatória (mãe do caso índice):
 - a. Para pesquisa de deleções ou duplicações: PCR multiplex ou MLPA para éxons do gene DMD. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.
 - b. Apenas se não esclarecido pelos anteriores, Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento Completo bidirecional por Sanger das regiões codificantes de todo o gene DMD.
 - II. Caso a mãe portadora obrigatória (mãe do caso índice) for falecida, realizar a pesquisa na mulher em risco:
 - a. Para pesquisa de deleções ou duplicações: PCR multiplex ou MLPA para éxons do gene DMD. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.
 - b. Apenas se não esclarecido pelos anteriores, Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento Completo bidirecional por Sanger das regiões codificantes de todo o gene DMD.

110.13 -DOENÇA DE HUNTINGTON

1. Cobertura obrigatória para indivíduos sintomáticos com presença de pelo menos 2 dos seguintes critérios:

- a. Coreia progressiva ou distonia;
 - b. Distúrbios psiquiátricos (mudanças na personalidade ou declínio cognitivo ou depressão) independente da faixa etária;
 - c. História familiar de coreia progressiva sugestiva de herança autossômica dominante.
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos sintomáticos que apresentem familiares de 1º, 2º ou 3º graus com diagnóstico de doença de Huntington confirmados por análise molecular.
 3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos assintomáticos acima de 18 anos, em risco, que apresentem familiares de 1º, 2º ou 3º graus confirmados por análise molecular.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Pesquisa de expansões de trinucleotídeos CAG por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) com análise de fragmentos por eletroforese capilar do gene HTT.

Referências Bibliográficas:

1. Saft C, Leavitt BR, Epplen JT. Clinical utility gene card for: Huntington's disease European Journal of Human Genetics (2014) 22, doi:10.1038/ejhg.2013.206; published online 9 October 2013
2. Warby SC, Graham RK, Hayden MR. Huntington Disease. 1998 Oct 23 [updated 2014 Dec 11]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Bird TD, Dolan CR, Fong CT, Smith RJH, Stephens K, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2014. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1305/>

110.14 - DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA ESPÔNDOLO-EPIFISÁRIA CONGÊNITA, DISPLASIA DE KNIEST, DISPLASIA ESPÔNDOLO-EPI-METAFISÁRIA DO TIPO STRUDWICK, DISPLASIA PLATISPONDÍLICA DO TIPO TORRANCE, SÍNDROME DE STICKLER TIPO I

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem características clínico-radiológicas sugestivas de displasia esquelética por collagenopatia do tipo 2 e baixa estatura desproporcionada (abaixo do percentil 5) com tronco curto quando preenchidos pelo menos 2 critérios do Grupo I e pelo menos 3 critérios do Grupo II.

Grupo I (Critérios clínicos):

- a. Alta miopia, acima de 6DP;
- b. Hipoplasia de terço médio de face com órbita rasa;
- c. Fenda palatina ou úvula bífida;
- d. Perda auditiva.

Grupo II (Critérios radiológicos):

- a. Atraso de ossificação da epífise proximal da cabeça femoral e do púbis nos lactentes;
 - b. Platispondilia com defeitos de ossificação anterior;
 - c. Hipoplasia de processo odontóide de C2;
 - d. Graus variados de irregularidade epifisária ou metafisária e de encurtamento dos ossos longos;
 - e. Atraso de ossificação da pélvis, com tetos acetabulares horizontalizados, achatamento da cabeça femoral e coxa vara;
 - f. Atraso de ossificação dos ossos do carpo e tarso.
2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com até 28 dias de vida que apresentem baixa estatura desproporcionada (abaixo do percentil 5) com tronco curto quando preenchidos pelo menos 4 critérios do Grupo II.

Grupo II (Critérios radiológicos):

- a. Atraso de ossificação da epífise proximal da cabeça femoral e do púbis nos lactentes;
 - b. Platispondilia com defeitos de ossificação anterior;
 - c. Hipoplasia de processo odontóide de C2;
 - d. Graus variados de irregularidade epifisária ou metafisária e de encurtamento dos ossos longos;
 - e. Atraso de ossificação da pélvis, com tetos acetabulares horizontalizados, achatamento da cabeça femoral e coxa vara;
 - f. Atraso de ossificação dos ossos do carpo e tarso.
3. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos de ambos os sexos com parentes de 1º, 2º ou 3º graus com diagnóstico molecular confirmado.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tiver sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.
2. Realizar Sequenciamento de Nova Geração ou Sanger de toda região codificante do gene COL2A1.

Referências Bibliográficas:

1. OMIM: <http://omim.org/entry/120140>
2. Terhal PA et al. A Study of the Clinical and Radiological Features in a Cohort of 93 Patients with a COL2A1 Mutation Causing Spondyloepiphyseal Dysplasia Congenita or a Related Phenotype. Am J Med Genet A. 2015 Mar;167(3):461-75.

110.15 - DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA)

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem características sugestivas de síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) tipo IV, sem deformidades esqueléticas quando preenchido 1 critério do Grupo I e pelo menos 2 critérios do Grupo II.*

Grupo I:

- a. Rotura arterial;
- b. Rotura intestinal;
- c. Rotura uterina durante gravidez;
- d. História familiar de EDS tipo IV.

Grupo II:

- a. Pele fina e translúcida;
- b. Dismorfismos faciais característicos (lábios e filtro nasogeniano finos, queixo pequeno, nariz afilado, olhos grandes);
- c. Acrogeria;
- d. Fístula arteriovenosa em carótida;
- e. Hiperextensibilidade de pequenas articulações;
- f. Rotura muscular ou tendínea;
- g. Varizes precoces;

- h. Pneumotórax ou pneumohemotorax;
- i. Hematomas espontâneos ou após trauma mínimo;
- j. Luxações ou subluxações articulares crônicas;
- k. Pés equinovaros;
- l. Recessão gengival;

* Para pacientes que preencham dois critérios do Grupo I a cobertura do diagnóstico molecular não é obrigatória.

2. Cobertura obrigatória para parentes de 1º, 2º, e 3º grau de ambos os sexos sem necessidade de quadro clínico, quando já tiver sido identificada mutação no 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. Realizar Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento por Sanger de toda região codificante do gene COL3A1.

Referências Bibliográficas:

- 1. <http://www.nature.com/ejhg/journal/v21/n1/pdf/ejhg2012162a.pdf>
- 2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1494/>

110.16 - 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 ou 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 e após realização de cariótipo, dosagem de LH e FSH.
- 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.
- 5. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º, 2º ou 3º grau de caso confirmado clinicamente, quando o caso índice for falecido sem confirmação 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 ou eletroforese capilar.

110.17 - FIBROSE CÍSTICA E DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE CFTR

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com manifestações clínicas de Fibrose Cística e pelo menos dois testes bioquímicos duvidosos ou normais realizados em dias diferentes (dosagem de Cloro no suor normais ou

limitrofes <60meq/l).

2. Cobertura obrigatória para recém-nascido com teste de triagem neonatal alterado para fibrose cística (hipertripsinemia - IRT) em pelo menos duas dosagens realizadas em dias diferentes.
3. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo masculino com cariótipo normal e azoospermia obstrutiva confirmada através de pelo menos dois espermogramas realizados em dias diferentes e exame de imagem que demonstre agenesia de ductos deferentes.
4. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos assintomáticos e sem história de pai ou mãe com Fibrose Cística, quando o parceiro/cônjuge tiver diagnóstico bioquímico ou molecular de Fibrose Cística.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que as mutações nos dois alelos do gene CFTR já tiverem sido identificadas na família, realizar apenas a pesquisa destas mutações específicas.
2. Nos casos em que a mutação genética ainda não foi identificada na família, realizar análise da mutação DF508 no gene CFTR.
3. Para os pacientes enquadrados no item 2, caso tenham uma ou nenhuma mutação DF508 realizar Sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene CFTR.
4. Para os pacientes enquadrados no itens 1, 3 ou 4, caso tenham uma ou nenhuma mutação DF508 realizar painel para fibrose cística com pelo menos as seguintes mutações G542X, S549R, G551D, Q552X no gene CFTR. No caso do exame anterior ser negativo, realizar painel de pelo menos 32 mutações para o sexo feminino e 32 mutações e pesquisa variantes poliT no intron 8 para o sexo masculino.

Referências Bibliográficas:

1. Moskowitz SM, MD Chmiel JF, , Sternen DL, , Cheng E, , Cutting GR,. CFTR-Related Disorders Includes: Congenital Absence of the Vas Deferens, Cystic Fibrosis. Thorax. 2006 Jul; 61(7): 627–635.
2. De Boeck K, Wilschanski M, Castellani C, Taylor C, Cuppens H, Dodge J, Sinaasappel M. Can Fam Physician. 2012 Dec; 58(12): 1341–1345.
3. Schram CA. Atypical cystic fibrosis -Identification in the primary care setting. Eur J Hum Genet. 2009 Jan;17(1):51-65.
4. Dequeker E1, Stuhmann M, Morris MA, Casals T, Castellani C, Claustres M, Cuppens H, des Georges M, Ferec C, Macek M, Pignatti PF, Scheffer H, Schwartz M, Witt M, Schwarz M, Girodon E. Best practice guidelines for molecular genetic diagnosis of cystic fibrosis and CFTR-related disorders--updated European recommendations. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012 December; 2(12)
5. Ferec C, Cutting GR. Consensus on the use and interpretation of cystic fibrosis mutation analysis in clinical practice J Cyst Fibros. 2008 May; 7(3): 179–196.
6. Castellani HC, Cuppens MM, Cassiman JJ, Kerem E, Durie P, Tullis E, Assael BM, Bombieri C, Brown A, Casals T, Claustres M, Cutting GR, Dequeker E, J. Dodge, Doull I, Farrell P, Ferec C, Girodon E, Johannesson M, Kerem B, Knowles M, Munck A, Pignatti PF, Radojkovic D, Rizzotti P, Schwarz M, Stuhmann M, Tzetis M, Zielenski J, Elborn JS Genet Med. 2008 December; 10(12): 851–868.
7. Moskowitz SM, Chmiel JF, Sternen DL, Cheng E, Gibson RL, Marshall SG, Garry R. Cutting GR. Clinical practice and genetic counseling for cystic fibrosis and CFTR-related disorders Expert Rev Mol Diagn. 2014 Jun;14(5):605-22 <http://www.uptodate.com/contents/cystic-fibrosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?topicKey=PEDS%2F6367&elapsedTimeMs=0&view=print&displayedView=full> (acesso em 09/03/2015)
8. Grosu DS, Hague L, Chelliserry M, Lenta R, Klotzle B, San J, Goldstein WM, Moturi S, Devers P, Woolworth J, Peters E, Elashoff B, Stoerker J, Wolff DJ, Friedman KJ, Highsmith WE, Lin E, Ong FS. Clinical investigational studies for validation of a next-generation sequencing in vitro diagnostic device for cystic fibrosis testing.

110.18 - 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.

110.19 - 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 grau 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 Nova Geração dos 26 éxons do gene F8.
 - c. Nos casos em que o Sequenciamento Nova Geração não estiver disponível, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger dos 26 éxons do gene F8.
3. No caso da forma leve ou moderada de hemofilia, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos 26 éxons do gene F8.

110.20 - 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 grau 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. Nos casos em que a mutação genética ainda não foi identificada na família, realizar Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento bidirecional por Sanger dos 8 éxons do gene F9.

110.21 - MUCOPOLISSACARIDOSE

1. Cobertura obrigatória para 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 grau com desejo de engravidar com finalidade de diagnóstico pré-natal.
2. Cobertura obrigatória para 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 dos critérios de elegibilidade, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração 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 ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene IDS não detecte alterações, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) ou Hibridização Comparativa para pesquisa de deleções do cromossomo X.
4. Para mulheres em risco de serem portadoras de MPS II, com Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger, Sequenciamento de Nova Geração e MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) normais, realizar pesquisa de rearranjo entre o gene IDS e o pseudogene IDS2.

110.22 - NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos, que apresentem pelo menos 2 critérios do Grupo I com ou sem história familiar de MEN1 :

Grupo I:

- a. Tumores das glândulas paratireoides;
- b. Tumores da glândula pituitária;
- c. Tumores endócrinos bem diferenciados do trato gastro-entero-pancreático.
2. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético de pacientes assintomáticos, familiares de 1º, 2º ou 3º graus de caso índice com diagnóstico molecular de MEN1 .

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. Nos casos em que a mutação genética ainda não foi identificada na família, realizar Sequenciamento por Nova Geração do gene MEN1.
3. Se não for possível o item 2, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene MEN1.
4. Para os casos onde os itens 2 ou 3 não forem conclusivos, realizar MLPA.

110.23 - NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2A- MEN2A

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. Neuromas de mucosas;
- c. Hiperparatireoidismo;
- d. Hábito marfanóide.

Grupo II:

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

- a. Carcinoma medular de tireóide;
- b. Feocromocitoma;
- c. Neuromas de mucosas;
- d. Hiperparatireoidismo;
- 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, 2º e 3º 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 ou Sequenciamento de Nova Geração do gene RET.

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

Referências Bibliográficas:

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

110.24 - OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes sintomáticos com quadro clínico e radiológico sugestivo de 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 Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger da região 5'UTR 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. Realizar Sequenciamento de Nova Geração envolvendo os genes COL1A1, COL1A2, CRTAP, LEPR1 e PPIB.
- 3. No caso de não estar disponível o Sequenciamento de Nova Geração, realizar Sequenciamento por Sanger de maneira escalonada, conforme descrito abaixo:

I-Sequenciamento por Sanger do gene COL1A1.

II-Caso não seja encontrada alteração patogênica no item I, realizar Sequenciamento por Sanger do gene COL1A2.

110.25 - POLIPOSE COLÔNICA

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes com a forma clássica de polipose colônica caracterizada pela presença de

mais de 100 pólipos, quando excluído o diagnóstico de Síndrome Lynch a partir de critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos, e nos quais o diagnóstico molecular seja necessário para avaliação de risco da prole.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com a forma não clássica de polipose colônica caracterizada pela presença de 10-100 pólipos, quando excluído o diagnóstico de Síndrome Lynch a partir de critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos, e nos quais o diagnóstico molecular seja necessário para avaliação de risco da prole.

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

4. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de irmãos e irmãs de pacientes que já tenham 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. Nos casos não enquadrados no item acima, realizar o Sequenciamento de Nova Geração dos éxons dos genes APC e MUTYH ou, se este não estiver disponível, Sequenciamento bidirecional por Sanger dos exons de APC seguido de Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons de MUTYH (se o teste de APC for negativo).

3. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através do item anterior, realizar MLPA (Multiplex Ligation dependent Probe Amplification) do gene APC.

4. Nos casos com câncer colorretal e/ou polipose colônica em 2 ou mais irmãos(ãs), sem evidência de câncer colorretal e/ou polipose colônica em outras gerações, ou nos casos isolados de câncer colorretal e/ou polipose colônica em que os pais são consanguíneos, realizar inicialmente Sequenciamento de Nova Geração ou Sequenciamento Sanger dos éxons de MUTYH.

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

110.26 - SÍNDROME CHARGE

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com cariótipo normal e com pelo menos 2 características maiores e pelo menos 2 características menores da síndrome CHARGE.

Características maiores:

- a. Microftalmia ou coloboma ocular (coloboma de íris e/ou retina e/ou coróide e/ou disco);
- b. Atresia ou estenose de coana (uni ou bilateral);
- c. Disfunção de nervo craniano (hiposmia e/ou anosmia e/ou paralisia facial e/ou hipoplasia do nervo auditivo e/ou dificuldade de deglutição com aspiração);
- d. Alterações de orelha característica de charge (orelha displásica, malformações ossiculares em orelha média, malformação de mondini, anormalidades do osso temporal, ausência ou hipoplasia de canais semicirculares).

Características menores:

- a. Hipoplasia genital ou hipogonadismo hipogonadotrófico;
- b. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- c. Malformação cardiovascular;
- d. Déficit de crescimento;
- e. Fenda orofacial;
- f. Fístula traqueoesofágica;
- g. Dismorfismos faciais.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Excluir anomalias cromossômicas no cariótipo

2. Pesquisa de mutação no gene CHD7 por Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração

Referência Bibliográfica:

GeneReviews: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1117/>

110.27 - SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com atraso do desenvolvimento e manifestações clínicas sugestivas da doença (fenótipo) de Síndrome de Angelman ou Síndrome de Prader-Willi.
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 de Síndrome de Angelman em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica no gene UBE3A.
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 Microsatélites 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 ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene UBE3A.

110.28 - SÍNDROME DE COWDEN

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com macrocefalia e pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. Pelo menos um câncer do espectro da Síndrome de Cowden (câncer de mama, câncer de endométrio, câncer de tireoide folicular);
 - b. Pelo menos uma lesão benigna típica da Síndrome de Cowden entendida como presença de pelo menos um dos itens abaixo:
 - i. múltiplos hamartomas gastrointestinais;
 - ii. ganglioneuromas;
 - iii. pigmentação macular da glândula do pênis;
 - iv. um triquilemoma comprovado por biópsia;
 - v. múltiplas queratoses palmo-plantares;
 - vi. papilomatose multifocal ou extensa de mucosa oral;
 - vii. inúmeras pápulas faciais.
 - c. Com diagnóstico de transtorno do espectro autista.
2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos sem macrocefalia com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos três lesões benignas ou malignas da Síndrome de Cowden entendida como presença de pelo menos três dos itens abaixo:
 - a. Câncer de mama;
 - b. Câncer de endométrio;

- c. Câncer de tireoide folicular;
 - d. Múltiplos hamartomas gastrointestinais;
 - e. Ganglioneuromas;
 - f. Pigmentação macular da glândula do pênis;
 - g. Triquilemoma comprovado por biópsia;
 - h. Múltiplas queratoses palmo-plantares;
 - i. Papilomatose multifocal ou extensa de mucosa oral;
 - j. Inúmeras pápulas faciais.
3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos quatro dos critérios menores da Síndrome de Cowden (Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de tireoide papilífero, ≥ 3 Acanthoses esofágicas glicogênicas, lipomas, lipomatose testicular, adenoma de tireoide, nódulo de tireoide ou bócio multinodular de tireoide, anomalias vasculares incluindo múltiplas anomalias venosas intracranianas de desenvolvimento, Déficit cognitivo com $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).
4. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com um câncer do espectro da Síndrome de Cowden (câncer de mama, câncer de endométrio, câncer de tireoide folicular) e mais três das lesões menores da Síndrome de Cowden (Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de tireoide papilífero, ≥ 3 Acanthoses esofágicas glicogênicas, lipomas, lipomatose testicular, adenoma de tireoide, nódulo de tireoide ou bócio multinodular de tireoide, anomalias vasculares incluindo múltiplas anomalias venosas intracranianas de desenvolvimento, Déficit cognitivo com $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).
5. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de uma lesão benigna típica da Síndrome de Cowden (múltiplos hamartomas gastrointestinais, ganglioneuromas, pigmentação macular da glândula do pênis, triquilemomas, múltiplas queratoses palmo-plantares, papilomatose de mucosa oral, inúmeras pápulas faciais) e mais três das lesões menores da Síndrome de Cowden (Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de tireoide papilífero, ≥ 3 Acanthoses esofágicas glicogênicas, lipomas, lipomatose testicular, adenoma de tireoide, nódulo de tireoide ou bócio multinodular de tireoide, anomalias vasculares incluindo múltiplas anomalias venosas intracranianas de desenvolvimento, Déficit cognitivo com $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).
6. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de Bannayan-Riley-Ruvalcaba ou doença de Lhermitte-Duclos no adulto.
7. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos sem macrocefalia com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos dois triquilemomas comprovados por biópsia.
8. Cobertura obrigatória para indivíduos maiores de 18 anos, diagnosticados ou não com câncer, com ou sem achados clínicos da Síndrome de Cowden, independente do sexo, quando houver mutação deletéria em PTEN em familiar de 1º, 2º ou 3º graus.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene PTEN.
2. Se o item anterior for negativo, realizar MLPA.
3. Se os itens anteriores forem negativos, investigar mutações na região promotora do gene por Sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger.

Referências Bibliográficas:

1. Euhus DM, Robinson L. Genetic predisposition syndromes and their management. Surg Clin North Am. 2013; 93(2):341-62. doi: 10.1016/j.suc.2013.01.005. Epub 2013 Feb 11.
2. Hampel H, Bennett RL, Buchanan A, Pearlman R, Wiesner GL. A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. Genet Med. 2015 Jan;17(1):70-87. doi: 10.1038/gim.2014.147. Epub 2014 Nov 13.
3. Jelsig AM1, Qvist N, Brusgaard K, Nielsen CB, Hansen TP, Ousager LB. Hamartomatous polyposis syndromes: a review. Orphanet J Rare Dis. 2014 Jul 15;9:101. doi: 10.1186/1750-1172-9-101.
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial

High Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org . Acessado em: 15 de fevereiro de 2015.

5. Pilarski R, Burt R, Kohlman W, Pho L, Shannon KM, Swisher E. Cowden syndrome and the PTEN hamartoma tumor syndrome: systematic review and revised diagnostic criteria. J Natl Cancer Inst. 2013 Nov 6;105(21):1607-16. doi: 10.1093/jnci/djt277. Epub 2013 Oct 17.

110.29 - 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 por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene TNSAP.

110.30 - SÍNDROME DE LI-FRAUMENI

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de sarcoma antes dos 45 anos e história familiar de câncer em um familiar de 1º grau antes dos 45 anos e mais um caso de câncer em um familiar de 1º ou 2º graus do mesmo lado da família com câncer antes dos 45 anos ou sarcoma em qualquer idade.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico atual ou prévio de tumor característico da Síndrome de Li-Fraumeni (Sarcoma de partes moles, osteossarcoma, tumor de Sistema Nervoso Central, câncer de mama, carcinoma adrenocortical, leucemia, adenocarcinoma de pulmão) antes dos 46 anos quando preenchido um dos seguintes critérios:

a. Diagnóstico de outro tumor primário no mesmo indivíduo típico da Síndrome de Li-Fraumeni (Sarcoma de partes moles, osteossarcoma, tumor de SNC, câncer de mama, carcinoma adrenocortical, leucemia, adenocarcinoma de pulmão);

b. Um familiar de 1º ou 2º graus com câncer antes dos 56 anos;

c. Um familiar de 1º ou 2º graus com múltiplos tumores primários característicos da Síndrome de Li-Fraumeni (Sarcoma de partes moles, osteossarcoma, tumor de Sistema Nervoso Central, câncer de mama, carcinoma adrenocortical, leucemia, adenocarcinoma de pulmão). Se o caso índice tiver sido diagnosticado com câncer de mama, o familiar deverá ter desenvolvido outro tumor do espectro Li-fraumeni diferente de câncer de mama.

3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de carcinoma adrenocortical em qualquer idade.

4. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de carcinoma de plexo coróide em qualquer idade.

5. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de câncer de mama $\leq$ 35 anos de idade.

6. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares de 1º, 2º ou 3º graus assintomáticos quando o diagnóstico molecular de Síndrome de Li-Fraumeni tiver sido confirmado na família.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

Para pacientes enquadrados nos itens 1, 2, 3 e 4:

1. Análise da mutação específica p.R337H no gene TP53.

2. Se o item anterior for negativo, realizar Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene TP53.

3. Se o item anterior for negativo, realizar pesquisa de rearranjos por MLPA.

Para pacientes enquadrados no item 5:

1. Para pacientes enquadrados no item 5, deve-se realizar inicialmente a pesquisa de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 conforme método escalonado descrito na diretriz específica de BRCA1 e BRCA2.

2. Caso os exames anteriores sejam negativos, realizar a mutação específica p.R337H no gene TP53.

3. Se o item anterior for negativo, realizar Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene TP53.

110.31 - SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO HEREDITÁRIO (HNPCC)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer colorretal que preencham um dos Critérios de Bethesda listados abaixo:

- a. Paciente diagnosticado com câncer colorretal com menos de 50 anos;
 - b. Presença de pelo menos 2 tumores colorretais sincrônicos, metacrônicos ou pelo menos 2 outras neoplasias extracolônicas associadas à Síndrome de Lynch (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 1º grau acometidos por neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (HNPCC), sendo uma destas diagnosticada antes dos 50 anos;
 - e. Paciente diagnosticado com câncer colorretal com dois ou mais parentes de 1º grau acometidos por neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (HNPCC) independentemente da idade.
2. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de tumores do espectro da Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, adenocarcinoma de endométrio, carcinoma urotelial [ureter e de bexiga], adenocarcinoma de ovário, adenocarcinoma gástrico; câncer de intestino delgado; glioblastoma; adenocarcinoma sebáceo; câncer do trato biliar e câncer de pâncreas) desde que preenchidos todos os critérios de Amsterdam II para a história familiar.

Critérios de Amsterdam II :

- a. Três membros do mesmo lado da família, dois dos quais sejam parentes de 1º grau, com câncer do espectro da S. Lynch (conforme descrito acima);
 - b. Duas gerações sucessivas acometidas;
 - c. Um desses familiares com câncer diagnosticado com menos de 50 anos;
 - d. Excluído o diagnóstico de polipose adenomatosa familiar.
3. Cobertura obrigatória para mulheres com adenocarcinoma de endométrio diagnosticado com 50 anos ou menos, mesmo que isoladamente e independente de história familiar.
4. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiares de 1º, 2º e 3º 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 nos critérios 1 e 3:
 - a. Realização de Pesquisa de Instabilidade de Microssatélites (PIM) e Imunohistoquímica (IHQ) para MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2;
 - b. No caso de instabilidade alta (2 de 5 marcadores), considerar que há deficiência do sistema MMR; se houver perda de MSH2 ou MSH6 na IHQ, realizar Sequenciamento de Nova Geração ou se não for possível realizar Sanger para estes genes especificamente;
 - c. Se resultado da investigação do item anterior for negativo, realizar MLPA para MSH2 e MSH6;
 - d. No caso de instabilidade alta (2 de 5 marcadores), considerar que há deficiência do sistema MMR; se houver perda de MLH1 e/ou PMS2 na IHQ, realizar pesquisa da mutação V600E do gene BRAF ou metilação do promotor do gene MLH1 no tumor para diferenciar instabilidade de origem somática ou hereditária;
 - e. Se o resultado da investigação descrita no item d for negativa, realizar Sequenciamento Sanger ou NGS do gene MLH1;
 - f. Se resultado da investigação do item anterior for negativo, realizar MLPA para MLH1;
 - g. Nos casos de ausência conjunta das proteínas MSH2 e MSH6; iniciar com sequenciamento de MSH2 e na ausência

de mutações por sequenciamento, realizar MLPA para pesquisa de rearranjos em MSH2 e EPCAM;

h. Se as duas análises do subitem g forem negativas, realizar sequenciamento de MSH6.

3. No caso de pacientes enquadrados no critério 2:

a. Realizar Sequenciamento de Nova Geração envolvendo os genes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 e EPCAM.

b. No caso de não estar disponível o Sequenciamento de Nova Geração, realizar Sequenciamento por Sanger de maneira escalonada, conforme descrito abaixo:

I - Sequenciamento por Sanger do gene MLH1;

II - Caso não seja encontrada alteração patogênica no item I, realizar Sequenciamento por Sanger do gene MSH2;

III - Caso não seja encontrada alteração patogênica nos itens I e II, realizar Sequenciamento por Sanger do gene MSH6.

IV - Se nenhuma mutação deletéria for identificada em nenhum dos genes acima, realizar MLPA para os genes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 e EPCAM.

Referências Bibliográficas:

- Gould-Suarez M1, El-Serag HB, Musher B, Franco LM, Chen GJ. Cost-effectiveness and diagnostic effectiveness analyses of multiple algorithms for the diagnosis of Lynch syndrome. Dig Dis Sci. 2014 Dec;59(12):2913-26.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial High Risk Assessment: Colorectal . Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org. Acessado em: 19 de fevereiro de 2015.

110.32 - SÍNDROME DE MARFAN

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com escore sistêmico ≤ 7 quando preenchido apenas um dos critérios abaixo (caso o paciente preencha ambos os critérios abaixo, a cobertura do diagnóstico molecular não é obrigatória):

a. Luxação de cristalino;

b. Dilatação da raiz da aorta com ecocardiograma que demonstre escore $Z \geq 2$ em pacientes acima de 20 anos ou $Z \geq 3$ em pacientes abaixo de 20 anos.

Cálculo do Escore Sistêmico:

Sinal do punho e do polegar – 3 (punho ou polegar – 1)

Peito carenado – 2 (peito escavado ou assimetria de tórax – 1)

Deformidade dos pés – 2 (pés planos – 1)

Pneumotórax – 2

Ectasia dural – 2

Protrusão acetabular – 2

Relação Segmento Superior/Segmento Inferior reduzida e Relação Envergadura/Estatura aumentada e escoliose leve – 1

Escoliose ou cifose toracolombar – 1

Extensão reduzida do cotovelo – 1

Características faciais (3/5) – 1 (dolicocefalia, enoftalmia, fendas palpebrais com inclinação para baixo, hipoplasia malar, retrognatia)

Estrias na pele – 1

Miopia > 3 dpt – 1

Prolapso de valva mitral (todos os tipos) – 1

Total = 20 pontos; escore ≥ 7 indica envolvimento sistêmico; SS/SI = razão do segmento superior/segmento inferior.

2. Cobertura obrigatória para indivíduos assintomáticos em risco de herdarem a mutação e de desenvolverem a

Síndrome Marfan que apresentem familiares de 1º, 2º ou 3º graus confirmados por análise molecular.

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. Pesquisa de mutação no gene FBN1 por Sequenciamento de Nova Geração
3. Se não for possível realizar o Sequenciamento de Nova Geração, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger
4. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através do item anterior, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene FBN1.

Referências Bibliográficas:

1. Escore sistêmico: <http://www.marfan.org/dx/score>. Acessado em 19 de março de 2015
2. Arslan-Kirchner M, Arbustini E, Boileau C, Child A, Collod-Beroud G, De Paepe A, Epplen J, Jondeau G, Loeys B, Faivre L. Clinical utility gene card for: Marfan syndrome type 1 and related phenotypes [FBN1]. Eur J Hum Genet. 2010 Sep;18(9). doi: 10.1038/ejhg.2010.42. Epub 2010 Apr 7.

110.33 - SÍNDROME DE NOONAN

1. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo feminino com ou sem histórico familiar da doença, quando o paciente apresentar manifestações clínicas sugestivas da doença e excluída a Síndrome de Turner.
2. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo masculino com ou sem histórico familiar da doença, quando o paciente apresentar manifestações clínicas sugestivas da doença.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Realizar Sequenciamento de Nova Geração envolvendo os genes PTPN11, SOS1, RAF1, RIT1 e KRAS.
2. No caso de não estar disponível o Sequenciamento de Nova Geração, realizar Sequenciamento por Sanger de maneira escalonada, conforme descrito abaixo:
 - a. Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene PTPN11.
 - b. Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene SOS1.
 - c. Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene RAF1.
 - d. Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene RIT1.
 - e. Sequenciamento bidirecional por Sanger dos éxons do gene KRAS.

110.34 - SÍNDROME DE RETT

1. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo feminino e que apresentem inicialmente um período de desenvolvimento normal e um período de regressão do desenvolvimento neuropsicomotor seguido por recuperação parcial ou estabilização e que se enquadrem em um dos itens abaixo:
 - a. Para as pacientes com Síndrome de Rett Clássica que preencham todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II;
 - b. Para as pacientes com Síndrome de Rett Atípica que preencham pelo menos 2 critérios do Grupo I e 5 do Grupo III.

Grupo I (Critérios principais):

- a. Perda total ou parcial de habilidades manuais intencionais adquiridas ao longo do desenvolvimento;
- b. Perda total ou parcial de fala ou habilidades de comunicação adquiridas ao longo do desenvolvimento, como a

lalação;

- c. Alterações de marcha: dispraxia ou ausência da habilidade;
- d. Movimentos estereotipados de mão.

Grupo II (Critérios de exclusão):

- a. Diagnóstico prévio de lesão cerebral secundária a trauma perinatal ou pós-natal, doenças neurometabólicas ou infecções com sequelas neurológicas;
- b. Desenvolvimento neuropsicomotor com atraso importante nos primeiros 6 meses de vida, sem aquisição de marcos de desenvolvimento.

Grupo III (Critérios de apoio):

- a. Distúrbios respiratórios (apnéia e/ou hiperpnéia) quando a paciente encontra-se acordada;
- b. Bruxismo quando a paciente encontra-se acordada;
- c. Distúrbios de padrão de sono;
- d. Tônus muscular alterado;
- e. Distúrbios vasomotores periféricos;
- f. Cifose e/ou escoliose;
- g. Déficit de crescimento;
- h. Mãos e pés pequenos e frios;
- i. Risos ou gritos sem motivação aparente;
- j. Pouca resposta a estímulos dolorosos;
- k. Comunicação intensa com o olhar.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

- 1. Realizar Sequenciamento de Nova Geração ou Sanger de toda região codificante do gene MECP2;
- 2. Caso não tenha sido identificada mutação patogênica no item anterior, realizar análise de deleções e duplicações no gene MECP2 por MLPA.

Referências Bibliográficas:

- 1. Neul JL, Kaufmann WE, Glaze DG, Christodoulou J, Clarke AJ, Bahi-Buisson N, Leonard H, Bailey ME, Schanen NC, Zappella M, Renieri A, Huppke P, Percy AK. Rett syndrome: revised diagnostic criteria and nomenclature. *Ann Neurol*. 2010;68:944–50. [PMC free article] [PubMed]. Acesso em 31 de março de 2015
- 2. Northrup H, Koenig MK, Au KS. Tuberous Sclerosis Complex. 1999 Jul 13 [Updated 2011 Nov 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/>.
- 3. Orphanet http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=778. Acesso em 31 de março de 2015

110.35 - SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN

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

110.36 - SÍNDROME DO CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO

1. Cobertura obrigatória para indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer gástrico difuso e com pelo menos um familiar de 1º, 2º ou 3º graus com câncer gástrico difuso, sendo um deles com diagnóstico em idade ≤ 50 anos.
2. Cobertura obrigatória para indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer gástrico difuso com pelo menos dois familiares de 1º ou 2º graus com câncer gástrico difuso em qualquer idade.
3. Cobertura obrigatória para indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer gástrico difuso em idade ≤ 40 anos.
4. Cobertura obrigatória para indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer gástrico difuso e um caso de carcinoma de mama do tipo lobular sendo pelo menos um deles diagnosticado em idade ≤ 50 anos.
5. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares de 1º, 2º ou 3º graus assintomáticos quando o diagnóstico molecular de Síndrome do Câncer Gástrico Difuso Hereditário tiver sido confirmado na família.

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. Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene CDH1.
3. Nos casos em que o Sequenciamento de Nova Geração não estiver disponível, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger do gene CDH1.
4. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através dos itens anteriores, realizar MLPA (Multiple Ligation Dependent Probe Amplification) do gene CDH1.

Referências Bibliográficas:

1. Fitzgerald RC, Hardwick R, Huntsman D, Carneiro F, Guilford P, Blair V, Chung DC, Norton J, Ragunath K, Van Krieken JH, Dwerryhouse S, Caldas C; International Gastric Cancer Linkage Consortium. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. J Med Genet. 2010 Jul;47(7):436-44.
2. Oliveira C, Pinheiro H, Figueiredo J, Seruca R, Carneiro F. Familial gastric cancer: genetic susceptibility, pathology, and implications for management. Lancet Oncol. 2015 Feb;16(2):e60-e70.

110.37 - SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY)

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;

- d. Presença de alteração cromossômica estrutural (para determinar tamanho e auxiliar na correlação genótipo-fenótipo).
3. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético dos pais em que tenha sido identificada uma variante de significado incerto no CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo) no caso índice.
4. 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 e 3:

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

Nos pacientes (pais do caso índice) enquadrados no item 4:

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

110.38 - 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 sugestivas da doença (fenótipo).
2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de familiar com cariótipo normal e que possuam parentes de 1o e 2o 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 (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo).

110.39 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com manifestações clínicas sugestivas de Transtorno do Espectro Autista, quando presentes pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I:

- a. Deficiência intelectual;
- b. Crises convulsivas;
- c. Malformação do Sistema Nervoso Central;
- d. Dismorfias;

- e. Microcefalia ou macrocefalia.

Grupo II:

- a. Autismo isolado;
- b. Alterações identificadas no cariótipo;
- c. Síndrome do X-Frágil.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Excluir anomalias cromossômicas no cariótipo e Síndrome do X Frágil
2. Se não forem encontradas alterações no item anterior realizar CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array do caso índice.
3. Em caso de se identificar uma variante de significado incerto, a cobertura será obrigatória de CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array dos pais do caso índice.

Referências Bibliográficas:

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. OMIM® Online Mendelian Inheritance in Man® An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders Updated 6 December 2013. <http://www.omim.org/>
5. Aoki et al. Gain-of-function mutations in RIT1 cause Noonan syndrome, a RAS/MAPK pathway síndrome. Am J Hum Genet. 2013 Jul 11;93(1):173-80.

ANEXO III DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 29 DE OUTUBRO DE 2015 (Vigente a partir de 02/01/2016)

O Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC, que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória

1. Consulta de avaliação ampliada em geriatria

Quando o procedimento consulta, corresponder a uma consulta de avaliação ampliada em geriatria deverá atender os seguintes critérios:

1. Para pacientes acima de 60 anos, deverá ser realizado por médico geriatra e contemplar além da avaliação clínica convencional, a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), utilizando instrumento específico reconhecido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), disponibilizado no sítio eletrônico www.sbgg.org.br, sendo obrigatória a emissão de laudo em duas vias, preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

- a. Trinta dias após internações clínicas com duração igual ou superior a dez dias.
- b. Trinta dias após cirurgia de médio ou grande porte, independente do tempo de internação.
- c. Anualmente, em idosos com idade ≥ 60 anos, mesmo sem comorbidades, sendo que a primeira servirá como referência para futuras avaliações (Avaliação de Referência).
- d. Semestralmente, após os sessenta e cinco anos, quando houver declínio funcional instalado.
- e. Semestralmente, após os setenta anos, independente de resultado de avaliações anteriores.
- f. A qualquer momento, a partir de sessenta anos, quando da ocorrência de qualquer uma das grandes síndromes geriátricas:
 - i.- Insuficiência cognitiva;
 - ii.- Incontinência urinária e/ou fecal;
 - iii.- Instabilidade postural e/história de quedas;
 - iv.- Imobilidade;
 - v.- Iatrogenia.
- g. A qualquer momento, a partir de sessenta anos, quando do diagnóstico de:
 - i.- Incapacidade funcional;
 - ii.- Neoplasias malignas;
 - iii.- Insuficiência cardíaca $\geq$ CF II;
 - iv.- Fragilidade psicossocial e/ou depressão.

Diretrizes para a realização de uma AGA:

- a. A AGA deverá ser realizada por médicos especialistas com título em Geriatria pela SBGG/AMB;
- b. Ter um caráter avaliativo multidimensional;
- c. Necessita prover ao seu término, um perfil de resultados nos seus escores, que revelem não somente uma listagem de doenças e problemas, mas seus impactos funcionais;
- d. Permitir no seu laudo técnico final, apontar recursos de tratamentos que envolvam aspectos farmacológicos, planos de cuidados, intervenções em reabilitação e a necessidades de recursos comunitários.

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.

3. Tratamento Cirúrgico da Hérnia de Disco Lombar

O tratamento cirúrgico da hérnia de disco lombar está indicado para pacientes portadores de discopatia lombar sintomática comprovada por exame clínico e exames de imagem, associada ou não a ciatalgia, com dor discogênica, comprovadamente refratária ao tratamento conservador/clínico e que preencham ao menos um dos critérios abaixo descritos:

- a. Espondilolistese;
- b. Instabilidade na coluna lombar;
- c. Escoliose do adulto;
- d. Artrose ou degeneração facetária;
- e. História de cirurgia prévia em coluna lombar;
- f. Estenose de canal vertebral;
- g. Fratura vertebral de origem traumática, neoplásica, osteoporótica, infecciosa e/ou reumatológica.

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015

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.

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 oxido 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).



Ministério da
Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - térrea - Ed. Barão de Mauá - Glória
Rio de Janeiro - RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701 9656