DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 02/03/2021 | Edição: 40 | Seção: 1 | Página: 115

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR n.º 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 24 de fevereiro de 2021, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I

Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

§1º Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, constituído pelos procedimentos assim identificados no Anexo I desta Resolução Normativa, que podem ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

§2º A cobertura assistencial estabelecida por esta Resolução Normativa e seus anexos será obrigatória independente da circunstância e do local de ocorrência do evento que ensejar o atendimento, respeitadas as segmentações, a área de atuação e de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária - CPT.

Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 3º Esta Resolução Normativa é composta por quatro Anexos:

I - Anexo I: lista os procedimentos e eventos de cobertura obrigatória, de acordo com a segmentação contratada;

II - Anexo II: apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT, que estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I;

III - 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

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

Art. 4º Para fins do disposto nesta Resolução Normativa, são estabelecidas as seguintes definições:

I - procedimentos vinculados ao atendimento odontológico: procedimentos que, embora previstos nas demais segmentações, são executados por cirurgião-dentista ou são necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos;

II - atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio;

III - internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada;

IV - 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;

V - prótese: material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

VI - órtese: material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;

VII - no que refere às ações e planejamento familiar, considera-se:

a) 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;

b) concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) 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;

e) 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;

f) atendimento clínico: aquele 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; e

g) inseminação artificial: 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

VIII - imperativo clínico: situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou

odontólogo assistente;

IX - ano de contrato: período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente, seja o contrato individual/familiar ou coletivo; e

X - uso off-label: uso de medicamento, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, para indicação que não está descrita na bula ou manual registrado na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

Seção II

Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 5º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações;

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;

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

VI - utilização das melhores práticas, baseadas em evidências científicas.

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. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em 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 e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:

I - médico assistente; ou

II - cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

§ 2º Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à 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.

§ 3º Para a cobertura dos procedimentos indicados pelo profissional assistente, na forma do art. 6º, §1º, para serem realizados por outros profissionais de saúde, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o procedimento indicado e a tratar a doença ou agravo do paciente, cabendo ao profissional que irá realizá-lo a escolha do método ou técnica que será utilizado.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única

Das Coberturas Assistenciais

Art. 7º As operadoras deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o art. 10 da Lei n.º 9.656 de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no § 3 º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 8º Nos procedimentos e eventos previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, se houver indicação do profissional assistente, na forma do artigo 6º, §1º, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, fica assegurada a cobertura para:

I - procedimentos de anestesia e sedação;

II - equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação; e

III - taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para sua realização, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

Art. 9º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei n.º 9.656 de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução Normativa.

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.

§1º Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio, estão obrigatoriamente cobertos.

§2º Para fins de cobertura, prazos de carência e CPT, as lesões auto-infligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

Art. 11. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Parágrafo único. Procedimentos ou rotinas vinculados à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras.

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.

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. 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 art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998.

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

Art. 14. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais, é obrigatória a cobertura dos procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e seus Anexos, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

§ 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 pelo Ministério da Saúde 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 a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Art. 15. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais asseguram igualmente a cobertura de sua remoção, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, na forma do art. 6, § 1º.

Art. 16. 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, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011.

Parágrafo único. 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.

Subseção I

Do Plano-Referência

Art. 17. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. 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, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou

c) faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado o disposto no art. 24;

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;

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 IX e X do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13;

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.

Subseção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 18. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, 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 doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

I - 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 - 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;

III - consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o estabelecido nos Anexos desta RN;

IV - sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;

V - 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 - ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução Normativa, para segmentação ambulatorial;

VII - 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;

VIII - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

IX - 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 medicamentos para o tratamento do câncer 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;

X - 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 o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa e, 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 n.º 9.787/1999; e

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

XI - procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação ambulatorial;

XII - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XIII - hemoterapia ambulatorial; e

XIV - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução Normativa.

§ 1º Além das exclusões previstas no art. 17 desta Resolução Normativa, são exclusões próprias da segmentação ambulatorial:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do 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. 19. 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 e, devendo garantir cobertura para:

I - internação hospitalar, em todos as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação 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 trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III - atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa;

IV - 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 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 vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

V - 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 os 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.

VI - órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução Normativa;

VII - 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 dos 60 anos de idade; e

c) pessoas com deficiência;

VIII - procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução Normativa, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art.6º, 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 - 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; e

X - procedimentos ambulatoriais, previstos nesta Resolução Normativa e seus anexos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso IX do art. 18;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Anexo II desta Resolução Normativa;

d) procedimentos radioterápicos;

e) hemoterapia;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

§1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar 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.

§2º Para fins do disposto no inciso X do caput, a cobertura do procedimento será obrigatória uma vez atendida a diretriz de utilização descrita no Anexo II, quando houver.

Art. 20. Para fins do disposto no inciso IV, do art. 19, 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 Resolução Normativa nº 259, de 2011, são considerados procedimentos de emergência.

Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 20, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para:

I - 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 dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular; e

III - opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitados, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 6º.

Subseção V

Do Plano Odontológico

Art. 22. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

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

§ 2° 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.

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

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. As operadoras devem comunicar em linguagem clara e acessível, por escrito e de forma destacada e ostensiva, 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 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. 24. As operadoras 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. 25. 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. 26. As exclusões assistenciais previstas no parágrafo único do art. 17 aplicam-se a todos os produtos de qualquer segmentação, ressalvadas as coberturas previstas no instrumento contratual.

Art. 27. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na Internet - www.ans.gov.br.

Art. 28. Ficam revogadas a Resolução Normativa n.º 428, de 07 de novembro de 2017, a Resolução Normativa n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a Resolução Normativa n.º 460, de 13 de agosto 2020.

Art. 29. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 1º de abril de 2021.

ROGÉRIO SCARABEL
Diretor-Presidente Substituto da ANS

"ANEXO I"

ANEXO I - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE - 2021

PROCEDIMENTO - ROL 2021	SUBGRUPO - ROL 2021	GRUPO - ROL 2021	CAPÍTULO - ROL 2021
ACONSELHAMENTO GENÉTICO	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATENDIMENTO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO (SALA DE PARTO, BERÇÁRIO E UTI)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIÁTRICA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A GESTANTES (3º TRIMESTRE)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATIVIDADE EDUCACIONAL PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS

ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA MÉDICA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM PSICÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA COM NUTRICIONISTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES GRAVES COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR DE ORIGEM PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS

VISITA HOSPITALAR	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
AVALIAÇÃO CLÍNICA DIARIA ENTERAL E/OU PARENTERAL	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO CARDÍACO ELETRÔNICO IMPLANTÁVEL (MARCA-PASSO, ESTIMULADOR MULTISSÍTIO/RESSINCRONIZADOR, DESFIBRILADOR OU MONITOR DE EVENTOS)	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA COM ELETROCARDIOGRAMA	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA (COM PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO - PROUT)	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
CARDIOTOCOGRAFIA	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALÓGICO OU DIGITAL	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	

MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA OU NÃO INVASIVA	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	
MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	
POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATÓRIO - MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA (PE/IO)	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	
TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MONITORIZAÇÕES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	
AMPUTAÇÃO (PREPARAÇÃO DO COTO E TREINAMENTO PROTÉTICO)	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
BIOFEEDBACK COM EMG	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	
INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO OU AGULHAMENTO SECO	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REABILITACAO E REEDUCACAO DE SEQÜELAS EM TRAUMATISMOS E POLITRAUMATIZADOS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUACAÇÃO E REABILITAÇÃO DE QUEIMADOS PARA PREVENÇÃO DE SEQUELAS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	

REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO POR DISTÚRBIOS CONGÊNITOS OU REUMÁTICOS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEURO-MÚSCULO-ESQUELÉTICA	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NO RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA (EXCLUI TÉCNICAS CINESIOTERÁPICAS ESPECÍFICAS)	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIOS CRÂNIO-FACIAIS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS PÉLVICOS	REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
ACTINOTERAPIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					
APLICAÇÃO DE HIPOSSENSIBILIZANTE	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					
BETATERAPIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
CARDIOVERSÃO QUÍMICA DE ARRITMIA PAROXÍSTA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	

CATETERISMO VESICAL	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
CERUMEN - REMOÇÃO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
CRIOTERAPIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
CURATIVOS EM GERAL COM OU SEM ANESTESIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
DILATAÇÃO URETRAL	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					
ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE OU VITILIGO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	PAC
INSTILAÇÃO VESICAL OU URETRAL	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
LESÕES MÚSCULO TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO INESPECÍFICA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO-ESPECÍFICA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
PRIAPISMO - TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
PULSOTERAPIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	PAC
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	OD					

SESSÃO DE ACUPUNTURA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	
SESSÃO DE PSICOTERAPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB			REF	
TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO - VSR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
TERAPIA INALATÓRIA (NEBULIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
TERAPIA INTRAVENOSA COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO PARA DOENÇA DE PAGET	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITÁRIA OU INTRATECAL	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA ONCOLÓGICA MEDICAMENTOSA PEROPERATÓRIA	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES			HCO	HSO	REF	PAC
TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES		AMB	HCO	HSO	REF	
APÊNDICE PRÉ-AURICULAR - RESSECÇÃO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF	
AUTONOMIZAÇÃO DE RETALHO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF	
BIÓPSIA DE FACE	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF	

BIÓPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, LINFONODO SUPERFICIAL, UNHA, ETC	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CANTOPLASTIA UNGUEAL	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CIRURGIA DA HIDROSADENITE	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMÁTICA COM MICROENXERTOS PILOSOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES OU SEQÜELAS DE TRAUMATISMOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES E/OU MIOCUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
CRIOCIRURGIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CURATIVO DE QUEIMADURAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
CURATIVO ESPECIAL SOB ANESTESIA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
CURETAGEM, ELETROCOAGULAÇÃO E/OU DERMOABRASÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
ABDOMINOPLASTIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
ENXERTO DE CARTILAGEM, MUCOSA E/OU COMPOSTO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ENXERTO OU HOMOENXERTO DE PELE	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ESCALPO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ESCAROTOMIA DESCOMPRESSIVA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE LESÃO DE PELE E MUCOSAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE TUMOR DE PARTES MOLES	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
EXÉRESE DE UNHA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF

EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES COM OU SEM ROTAÇÃO DE RETALHOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
EXPANSÃO TISSULAR	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E RETALHOS CUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHO FASCIOCUTÂNEO OU AXIAL	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MIOCUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXÉRESE E ENXERTO CUTÂNEO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMÃO E/OU PANARÍCIO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
MATRICECTOMIA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF

LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
PLÁSTICA EM Z OU W	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS DE GÁLEA APONEURÓTICA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RETALHO CUTÂNEO, MUSCULAR OU COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RETRAÇÃO DE APONEUROSE PALMAR (DUPUYTREN)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
SUTURA DE FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
TRANSECÇÃO DE RETALHO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA UNHA (ENXERTO)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS OU NEVUS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM)	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULÓIDE	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS CUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS OU MUSCULARES	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA	PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
BIÓPSIA DE LÁBIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXCISÃO COM RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RETALHOS	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXCISÃO EM CUNHA	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
FRENULECTOMIA LABIAL	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DO LÁBIO	LÁBIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
ALONGAMENTO CIRÚRGICO DO PALATO MOLE	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ALVEOLOPLASTIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
BIÓPSIA DE BOCA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
BRIDECTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
BRIDOTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD				

COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					

COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAUÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 90
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
CUNHA PROXIMAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
EXCISÃO DE LESÃO COM RECONSTRUÇÃO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXCISÃO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA OU MAXILECTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE LESÃO E ENXERTO CUTÂNEO OU MUCOSO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
ENXERTO PEDICULADO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
EXODONTIA A RETALHO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
GENGIVECTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
GENGIVOPLASTIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						

GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
ODONTO-SECÇÃO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PALATOPLASTIA COM RETALHO OU ENXERTO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PALATOPLASTIA PARCIAL OU TOTAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PALATO-QUEILOPLASTIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLÁSTICA DO DUCTO PAROTÍDEO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PULPOTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 89
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 92
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 93
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 94

REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						DU Nº 95
RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD						
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MACROSTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MICROSTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROFACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	DU Nº 98
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	DU Nº 98
EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	DU Nº 99
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	DU Nº 99
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					DU Nº 10
TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					DU Nº 10
ULECTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
ULOTOMIA	BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD					
BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	DU Nº 84
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF	

FRENULECTOMIA LINGUAL	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
GLOSSECTOMIA COM MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
GLOSSECTOMIA COM PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUCAO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR DE LÍNGUA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 82
EXCISÃO COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE GLÂNDULAS SALIVARES	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXENTERAÇÃO + PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXÉRESE DE CÁLCULO OU DE RÂNULA SALIVAR	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE INCLUINDO PELE, CARTILAGEM COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO OU CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇÃO DO RAMO ASCENDENTE DA MANDÍBULA	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLASTIA DE DUCTO SALIVAR	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE GLÂNDULA SALIVAR COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL	GLÂNDULAS SALIVARES	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ADENO-AMIGDALECTOMIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ADENOIDECTOMIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMIGDALECTOMIA LINGUAL	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DO CAVUM, OROFARINGE OU HIPOFARINGE	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CAUTERIZAÇÃO	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CRIPTÓLISE AMIGDALIANA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FARINGOLARINGECTOMIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE BOCA OU FARINGE	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM OU SEM MANDIBULECTOMIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE POR MANDIBULOTOMIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCÓPICA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE (VIA TRANSPALATINA OU TRANSMAXILAR)	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO OU DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE FARINGE, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
UVULOPALATOFARINGOPLASTIA	FARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARITENOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

CONFECÇÃO DE FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA PARA PRÓTESE FONATÓRIA COM MIOTOMIA FARÍNGEA - INCLUI A PRÓTESE FONATÓRIA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA, COM LASER	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
INJEÇÃO INTRALARÍNGEA DE TOXINA BOTULÍNICA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO POR RETALHOS	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LARINGOSCOPIA DIRETA PARA DIAGNÓSTICO	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
LARINGOTRAQUEOPLASTIA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA COM LASER PARA RESSECÇÃO DE LESÕES BENIGNAS OU MALIGNAS	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA DECORTICAÇÃO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO DE CISTO OU LESÃO INTRACORDAL	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO E/OU RESSECÇÃO DE TUMOR, PÓLIPO, NÓDULO, GRANULOMA OU OUTRA LESÃO	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL (INCLUI INJEÇÃO DE MATERIAIS)	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÃO	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIROPLASTIA COM OU SEM ROTAÇÃO DE ARITENÓIDE	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA LARÍNGEO	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ESTENOSE LARÍNGEA	LARINGE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

FRATURA LEFORT I , II OU III-FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO-MAXILA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA SIMPLES OU COMPLEXA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO COM OU SEM FIXAÇÃO	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR COM OU SEM FIXAÇÃO	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO DE FRATURAS DE CÔNDILO MANDIBULAR	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE MANDÍBULA	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO (NA FACE)	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURA DE MANDÍBULA COM OU SEM CONTENÇÃO, FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURA DE MAXILA, REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA OU APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE FRATURAS ALVEOLARES FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
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	TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
HEMIMANDIBULECTOMIA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DA ÓRBITA	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DE MANDÍBULA/MAXILA	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMÁTICO	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOPLASTIAS ETMÓIDO ORBITAIS	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA CRÂNIO-MAXILARES	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNATISMO	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS ALVÉOLO PALATINAS	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS DOS MAXILARES OU MALARES	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		DUT Nº 144
RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA/MAXILA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO SIMPLES DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR COM FIXAÇÃO INTERMAXILAR	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 97
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOS	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-MAXILO-FACIAL E BUCO NASAL	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DA ATM	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES E EXOSTOSES	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR POR ARTROSCOPIA	CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O AUXÍLIO DE EXPANSORES DE TECIDOS	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE CISTO	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR OU FÍSTULA	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
HEMIATROFIA FACIAL, CORREÇÃO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL PARA O TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL, COM OU SEM NEUROTIZAÇÃO	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHO AXIAL DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS AXIAIS SUPRA-ORBITAIS E SUPRATROCLEARES	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS EM VY DE PEDÍCULO SUBARTERIAL	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO COM ROTAÇÃO DO MÚSCULO TEMPORAL	FACE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 85
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 87
REMOÇÃO DE ODONTOMA	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 88
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 88
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS	OD	AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 91
HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SECCIONAL DA MANDÍBULA	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITAL E RINOTOMIA LATERAL	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE OSTEOMIOCUTÂNEO	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OPERAÇÃO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MANDÍBULA COM DESARTICULAÇÃO DE ATM	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA (SEGMENTAR OU SECCIONAL)	MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CERVICOTOMIA EXPLORADORA	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ESCALENOTOMIA	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ESVAZIAMENTO CERVICAL	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR, CISTO OU FÍSTULA CERVICAL	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA PROFUNDA	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXÉRESE	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO-BIÓPSIA DE PESCOÇO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE ESÔFAGO CERVICAL	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETRAÇÃO CICATRICIAL CERVICAL COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TORCICOLO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA COM RETALHO CUTÂNEO	PESCOÇO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE TIREÓIDE	TIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BÓCIO MERGULHANTE: EXTIRPAÇÃO	TIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA	TIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIREOIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	TIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE PARATIREÓIDE	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA SUBTOTAL	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM IMPLANTE DE PARATIREÓIDES	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

REIMPLANTE DE PARATIREÓIDE PREVIAMENTE PRESERVADA	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO	PARATIREÓIDE	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CRANIOPLASTIA	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CRANIOTOMIA OU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CRANIOSSINOSTOSE	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE CRÂNIO	CRÂNIO	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ABSCESSO DE PÁLPEBRA - DRENAGEM	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		

BLEFARORRAFIA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		
CALÁZIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		
CANTOPLASTIA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 15
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EPICANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EPILAÇÃO DE CÍLIOS POR ELETRÓLISE	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FISSURA PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
LAGOFTALMO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO PARCIAL COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RETRAÇÃO PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUPERCÍLIO - RECONSTRUÇÃO	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE PÁLPEBRA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TARSORRAFIA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TELECANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO	PÁLPEBRA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DA ENOFTALMIA	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA COM OU SEM OSTEOTOMIA	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PÁLPEBRA, CAVIDADE ORBITÁRIA E OLHOS	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE OU RESSECÇÃO DE TUMOR DE ÓRBITA	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA DE ÓRBITA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
IMPLANTE SECUNDÁRIO DE ÓRBITA	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA CAVIDADE ORBITAL	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITÁRIA	CAVIDADE ORBITÁRIA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE PTERÍGIO	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTITUIÇÃO DE FUNDO DE SACO	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE CONJUNTIVA	CONJUNTIVA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CERATECTOMIA FOTOTERAPÊUTICA (PTK)	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
CERATECTOMIA SUPERFICIAL	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CIRURGIA REFRATIVA - PRK OU LASIK (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 13
RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 121
IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 34

RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
SUTURA DE CÓRNEA (COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS)	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PARACENTESE DA CÂMARA ANTERIOR	CÂMARA ANTERIOR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA CÂMARA ANTERIOR	CÂMARA ANTERIOR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REMOÇÃO DE HIFEMA	CÂMARA ANTERIOR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR	CÂMARA ANTERIOR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA	CRISTALINO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO	CRISTALINO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FACECTOMIA SEM IMPLANTE	CRISTALINO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE SECUNDÁRIO / EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	CRISTALINO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG LASER, APÓS CIRURGIA DE CATARATA	CRISTALINO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE VÍTREO VIA PARS PLANA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENDOLASER/ENDODIATERMIA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	DU Nº 74
MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

TROCA FLUIDO GASOSA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA A CÉU ABERTO - CERATOPRÓTESE	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA ANTERIOR	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA	CORPO VÍTREO	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE ESCLERA	ESCLERA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ENXERTO DE ESCLERA	ESCLERA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUTURA DE ESCLERA	ESCLERA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE	BULBO OCULAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
INJEÇÃO RETROBULBAR	BULBO OCULAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES	BULBO OCULAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CICLOTERAPIA ANTIGLAUCOMATOSA	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES DE DRENAGEM	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE COROIDE	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR (EXCETO PARA CORREÇÃO ISOLADA DE DISTÚRBIOS DE REFRAÇÃO)	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER)	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IRIDOCICLECTOMIA	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINEQUIOTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA)	ÍRIS E CORPO CILIAR	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE MÚSCULOS	MÚSCULOS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CIRURGIA COM SUTURA AJUSTÁVEL	MÚSCULOS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ESTRABISMO CICLO VERTICAL/TRANSPOSIÇÃO	MÚSCULOS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ESTRABISMO HORIZONTAL	MÚSCULOS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
INJEÇÃO OCULAR DE TOXINA BOTULÍNICA	MÚSCULOS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	
APLICAÇÃO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE RETINA	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR DE CORÓIDE E/OU CORPO CILIAR	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FOTOCOAGULAÇÃO (LASER)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 46
MAPEAMENTO DE RETINA (FUNDOSCOPIA)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
PANCRIOTERAPIA PERIFÉRICA	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PANTOFOTOCOAGULAÇÃO Á LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 59
REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETINOPEXIA PNEUMÁTICA	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETINOPEXIA PROFILÁTICA (CRIOPEXIA)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		DU Nº 66
CIRURGIA DA GLÂNDULA LACRIMAL	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DACRIOCISTECTOMIA	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBAÇÃO	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	VIAS LACRIMAIS	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA PAVILHÃO AURICULAR (TEMPO FACIAL)	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE ORELHA	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO PAVILHÃO AURICULAR	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO TOTAL DE ORELHA	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE ORELHA	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAVILHÃO AURICULAR, INCLUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINUS PRÉ-AURICULAR	PAVILHÃO AURICULAR	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ASPIRAÇÃO AURICULAR OU CURATIVO	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE ORELHA EXTERNA	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORREÇÃO	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE CISTO PRÉ-AURICULAR	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		
FURÚNCULO - DRENAGEM	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB			REF		
PERICONDRITE DE PAVILHÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS OU PÓLIPOS E OU BIÓPSIA	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - EXÉRESE	ORELHA EXTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CAUTERIZAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DUCHA DE POLITZER OU CURATIVO DE OUVIDO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FÍSTULA PERILINFÁTICA - FECHAMENTO CIRÚRGICO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
GLOMUS JUGULAR - RESSECÇÃO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
GLOMUS TIMPÂNICUS - RESSECÇÃO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MASTOIDECTOMIA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OUVIDO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PARACENTESE DO TÍMPANO - MIRINGOTOMIA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF	PAC	DUT Nº 44
TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMPANOPLASTIA - MIRINGOPLASTIA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUÇÃO DA CADEIA OSSICULAR	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMPANOTOMIA EXPLORADORA	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	ORELHA MÉDIA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DOENÇA DE MENIERE - TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO OU "SHUNT"	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENXERTO INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
IMPLANTE COCLEAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF	PAC	DUT Nº 33
LABIRINTECTOMIA (MEMBRANOSA OU ÓSSEA) - SEM AUDIÇÃO	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MÉDIA OU POSTERIOR	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRÍNTICA - SEM AUDIÇÃO	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR DO NERVO ACÚSTICO - RESSECÇÃO	ORELHA INTERNA	ORELHA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM COM OU SEM ANESTESIA GERAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTES COM LESÕES LABIO-PALATAIS	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE NARIZ	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE COM OU SEM MICROSCOPIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CORNETO INFERIOR - CAUTERIZAÇÃO LINEAR E/OU INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EPISTAXE - CAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA ESFENOPALATINA COM OU SEM MICROSCOPIA POR VIDEOENDOSCOPIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EPISTAXE - LIGADURA DAS ARTÉRIAS ETMOIDAIS	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERIOR	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PIRÂMIDE NASAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCOPICA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FECHAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA TRANSNASAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FÍSTULA LIQUÓRICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

FRATURAS DOS OSSOS NASAIS - REDUÇÃO CIRÚRGICA E GESSO	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DOS OSSOS NASAIS - REDUÇÃO INCRUENTA E GESSO	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA INTRANASAL OU TRANSPALATINA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRURGICA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OZENA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
POLIPECTOMIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO NASAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMORES MALIGNOS TRANSNASAIS	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL POR VIDEOENDOSCOPIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RINECTOMIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SEPTOPLASTIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA NARINÁRIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE NASAL CONGÊNITA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RINOFIMA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE DEFORMIDADE TRAUMÁTICA NASAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR RINOTOMIA LATERAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR VIA TRANSNASAL	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA	NARIZ	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ANTROSTOMIA MAXILAR, ETMOIDECTOMIA (ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS)	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTÉRIA MAXILAR INTERNA - LIGADURA TRANSMAXILAR	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIOPSIA - SEIOS PARANASAIS	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DESCOMPRESSÃO TRANSETMOIDAL DO CANAL ÓPTICO	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ETMOIDECTOMIA EXTERNA OU INTRANASAL	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE - PÓLIPO	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL)	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EXÉRESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCOPICA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MAXILECTOMIA COM OU SEM EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO MAXILAR TRANSMEÁTICA OU VIA FOSSA CANINA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE ANGIOFIBROMA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DO MESO E INFRA-ESTRUTURA DO MAXILAR SUPERIOR	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLÁSTICO OU VIA CORONAL	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINUSECTOMIA MAXILAR CALDWELL-LUC	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINUSECTOMIA MAXILAR OU ETMOIDAL OU ESFENOIDAL OU FRONTAL, ENDOSCÓPICA OU POR MICROSCOPIA, VIA ENDONASAL	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR - ERMIRO DE LIMA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINUSOTOMIA ESFENOIDAL OU FRONTAL INTRANASAL OU FRONTAL VIA EXTERNA	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO - FÍSTULA OROANTRAL OU ORONASAL	SEIOS PARANASAIS	NARIZ E SEIOS PARANASAIS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE COSTELA OU ESTERNO	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
COSTECTOMIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ESTERNECTOMIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MOBILIZAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO BIÓPSIA DE COSTELA OU ESTERNO	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA (COM OU SEM PRÓTESE)	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES OU MIOCUTÂNEOS	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ESTERNAL COM RETALHOS MUSCULARES	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TORACECTOMIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TORACOPLASTIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TORACOTOMIA COM BIÓPSIA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TORACOTOMIA EXPLORADORA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO GRADIL COSTO-ESTERNAL (TRAUMATISMO)	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	PAREDE TORÁCICA	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
BIÓPSIA INCISIONAL DE MAMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			
BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VACUO GUIADA POR RAIO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US OU RX - AGULHA GROSSA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			
COLETA DE FLUXO PAPILAR DE MAMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			
CORREÇÃO DE GINECOMASTIA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
CORREÇÃO DE INVERSÃO PAPILAR	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO			
DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			
DRENAGEM E/OU ASPIRAÇÃO DE SEROMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO			

EXÉRESE DE LESÃO DA MAMA POR MARCAÇÃO ESTEREOTÁXICA OU ROLL	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
EXÉRESE DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
EXÉRESE DE NÓDULO	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
FISTULECTOMIA DE MAMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
LINFADENECTOMIA AXILAR	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR ESTEREOTAXIA, ORIENTADA POR MAMOGRAFIA, ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
MASTECTOMIA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
PUNÇÃO DE CISTO	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
PUNÇÃO OU BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE AGULHA FINA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
QUADRANTECTOMIA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO DA PLACA ARÉOLO MAMILAR	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHOS MUSCULARES E/OU CUTÂNEOS EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MAMA PÓS-QUADRANTECTOMIA EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RETIRADA DA VÁLVULA APÓS COLOCAÇÃO DE EXPANSOR PERMANENTE	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE EM CASO DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES	MAMAS	PAREDE TORÁCICA	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO

AUTOTRANSPLANTE CUTÂNEO, ÓSSEO E/OU MUSCULAR LIGADO POR PEDÍCULO VASCULAR	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
MICROCIRURGIA NAS GRANDES RECONSTRUÇÕES DE CABEÇA E PESCOÇO, NAS EXTENSAS PERDAS DE SUBSTÂNCIA E NA ABLAÇÃO DE TUMORES AO NÍVEL DOS MEMBROS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTES CUTÂNEOS AUTÓLOGOS COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTES MUSCULARES AUTÓLOGOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS AUTÓLOGOS (COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTES ÓSSEOS AUTÓLOGOS VASCULARIZADOS E TRANSPLANTES OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS VASCULARIZADOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR	TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
REIMPLANTE DOS MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES OU PARTES	TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALÂNGICA PARA A MÃO	TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRANSPLANTE DE DEDOS DO PÉ PARA A MÃO	TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROCENTESE OU PUNÇÃO DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA DE ESTRUTURAS OU CAVIDADES EXTRA-ARTICULARES COM APLICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS TERAPÊUTICAS	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA CONDROPLASTIA POR ABRASÃO, PERFURAÇÕES MÚLTIPLAS, REDUÇÃO DE FRATURAS, RESSECÇÃO OU DESBRIDAMENTOS DE FRAGMENTOS TENDÍNEOS, OSTEOCONDROMATOSE,	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RESSECÇÃO DE BURSAS E CALCIFICAÇÕES TENDÍNEAS, FIXAÇÃO DE FRATURAS E FRAGMENTOS OSTEOCONDRAIS, DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, SINOVECTOMIA, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL							
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA P/ DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIA SINOVIAL	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA PARA DESCOMPRESSÃO SUBACROMIAL COM ROTURA DO MANGUITO ROTADOR, RESSECÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA, ARTRODESE DO OMBRO, FIXAÇÃO MENISCA	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA PARA SINOVECTOMIAS E RESSECÇÃO DE MENISCOS	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO, RETENCIONAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE INFECÇÃO, REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS OU FRAGMENTOS LIVRES, SINOVECTOMIA PARCIAL (PLICAS), ADERÊNCIAS, MANIPULAÇÕES, DESBRIDAMENTOS	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE	ARTROSCOPIA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
INSTALAÇÃO DE HALO CRANIANO	TRAÇÃO	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO

TRAÇÃO CUTÂNEA E OU TRANSESQUELETICA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	TRAÇÃO	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RETIRADA DE PRÓTESES DE SUBSTITUIÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE (QUALQUER MATERIAL)	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
APARELHOS GESSADOS (QUALQUER TIPO E LOCALIZAÇÃO)	IMOBILIZAÇÕES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER LOCALIZAÇÃO)	IMOBILIZAÇÕES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE MEMBRO OU SEGMENTO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTRODESE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROPLASTIA COM OU SEM IMPLANTE	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ARTROTOMIA	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
AUTOENXERTO ÓSSEO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
BIÓPSIA ÓSSEA COM OU SEM AGULHA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
BIÓPSIAS PERCUTÂNEA SINOVIAL OU DE TECIDOS MOLES	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO, SUBCUTÂNEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO

CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA E OU CONGÊNITA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
CURETAGEM OU RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUÇÃO E ENXERTO VASCULARIZADO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) TRATAMENTO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
ENXERTOS EM PSEUDARTROSES	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
MANIPULAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM ANESTESIA GERAL	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
OSTEOTOMIA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
PREPARAÇÃO E REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, ORIENTADA OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA/ ARTROCENTESE (INFILTRAÇÃO/AGULHAMENTO SECO) ORIENTADO OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO
RESSECÇÃO DE LESÃO COM CIMENTAÇÃO E OSTEOSÍNTESE	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO

REVISÃO DE ARTROPLASTIA (QUALQUER SEGMENTO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO - ENCURTAMENTO COM OU SEM OSTEOSSINTESE	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRATAMENTO CIRURGICO ALONGAMENTO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINAMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDOARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES LIGAMENTARES (AGUDAS OU CRÔNICAS)	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO - TRATAMENTO CIRURGICO	PROCEDIMENTOS GERAIS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU PÓSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		DUT Nº 133
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA COLUNA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL - HÉRNIA DE DISCO LOMBAR	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CORDOTOMIA - MIELOTOMIA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA DO CÓCCIX - REDUÇÃO INCRUENTA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURA DO CÓCCIX - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL - REDUÇÃO INCRUENTA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS OU FRATURA-LUXAÇÃO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
HEMIVÉRTEBRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA OU INTRADURAIS	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REDUÇÃO INCRUENTA DE OUTRAS AFECÇÕES DA COLUNA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE INFANTIL	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COSTELA CERVICAL	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESE	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISRAFISMO ESPINHAL	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DORSO CURVO OU ESCOLIOSE OU CIFOSE OU GIBA COSTAL	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITOSES)	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA ESCAPULAR	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DOENÇA DE SPRENGEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ESCÁPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INCRUENTA	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LUXAÇÕES CRÔNICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOMIELITE AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRAÇO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ABSCESSOS DE DEDO (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
AGENESIA DE RÁDIO (CENTRALIZAÇÃO DA ULNA NO CARPO)	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO DO RÁDIO/ULNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO BRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DOS METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO TRANSMETACARPIANA COM TRANSPOSIÇÃO DE DEDO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE RÁDIO-CÁRPICA OU DO PUNHO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MÃO (MF OU IF)	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA DO PUNHO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ARTROPLASTIAS SEM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ANTEBRAÇO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ÚMERO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DA MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BRIDAS CONGÊNITAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CAPSULECTOMIA METACARPO-FALANGEANA OU INTERFALANGEANA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CENTRALIZAÇÃO DA ULNA (TRATAMENTO DA MÃO TORTA RADIAL)	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
COTO DE AMPUTAÇÃO DIGITAL - REVISÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DEDO EM BOTOEIRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ENXERTO ÓSSEO (PERDA DE SUBSTÂNCIA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE TENDÃO DE MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FALANGIZAÇÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FIXADOR EXTERNO DINÂMICO COM OU SEM ALONGAMENTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUÇÃO CIRÚRGICA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA DO METACARPIANO - TRATAMENTO CONSERVADOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO C/ FIXAÇÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS DO CARPO - TRATAMENTO CONSERVADOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURAS E OU LUXAÇÕES - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
FRATURAS E OU LUXAÇÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
LESÕES LIGAMENTARES - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS OU CRÔNICAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRÚRGICA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
LIGAMENTOPLASTIA COM ÂNCORA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
LUXAÇÃO DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

LUXAÇÃO METACARPOFALANGEANA-TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
OSTEOMIELITE DE ÚMERO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
OSTEOMIELITE DE ÚMERO - TRATAMENTO INCRUENTO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
OSTEOMIELITE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM OU SEM USO DE MINIPARAFUSO OU FIXADOR EXTERNO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
POLICIZAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA DIGITAL	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
POLIDACTILIA ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
PRÓTESE (IMPLANTE) PARA OSSOS DO CARPO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
PSEUDARTROSE DO ESCAFÓIDE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
PSEUDARTROSE DOS OSSOS DA MÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
PSEUDARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RECONSTRUÇÃO DA FALANGE COM RETALHO HOMODIGITAL	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF

RECONSTRUÇÃO DO POLEGAR COM RETALHO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
REDUÇÂO INCRUENTA DAS ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
REIMPLANTE DE MEMBROS OU PARTES	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
REPARAÇÕES CUTÂNEAS COM RETALHO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO E/ OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE APONEUROSE PALMAR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DE OSSO DO CARPO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
RESSECÇÃO DO PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
REVASCULARIZAÇÃO DE DEDOS	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
SEQUESTRECTOMIA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
SINOVECTOMIA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

SINOVECTOMIA DE PUNHO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRANSPOSIÇÃO DE DEDO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRANSPOSIÇÃO DO RÁDIO PARA ULNA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRODIASTASE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE VOLKMANN	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DE DEDOS, COM OU SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA MÚLTIPLA COM EMPREGO DE EXPANSOR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINOSTOSE RÁDIO-ULNAR	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ROTURAS TENDINO-LIGAMENTARES DA MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO DE MÃO E DEDOS, ESPAÇOS PALMARES, DORSAIS E COMISSURAIS E TENOSSINOVITES	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF

TRATAMENTO CIRÙRGICO DE ENCURTAMENTO SEGMENTAR DOS OSSOS COM OSTEOSSÍNTESE	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO GIGANTISMO EM MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DA DOENÇA DE KIENBOCK COM TRANSPLANTE VASCULARIZADO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE COM PERDA DE SUBSTÂNCIAS DE METACARPIANO E FALANGES	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO COM OU SEM FIXAÇÃO COM MICRO PARAFUSO	MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ARTRODESE / FRATURA DE ACETÁBULO (LIGAMENTOTAXIA) COM OU SEM FIXADOR EXTERNO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF
ARTRODIASTASE DE QUADRIL	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF

ARTROPLASTIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DO QUADRIL (GIRDLESTONE)	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL INFECTADA (INCISÃO E DRENAGEM ARTRITE SÉPTICA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROTOMIA COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA COXO-FEMORAL	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA PÉLVICA	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO ABDOMINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EPIFISIODESE C/ ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FÊMUR (FIXAÇÃO "IN SITU")	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA DE ACETÁBULO - REDUÇÃO INCRUENTA	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURA DE ACETÁBULO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - REDUÇÃO INCRUENTA	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA/LUXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANEL PÉLVICO - REDUÇÃO INCRUENTA	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANEL PÉLVICO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOMIELITE AO NÍVEL DA PELVE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO COLO OU REGIÃO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS SUPRA-ACETABULARES (CHIARI, PEMBERTON, "DIAL", ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO-BIÓPSIA COXO-FEMORAL-ARTROCENTESE	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÃO DE QUADRIL COM FIXADOR EXTERNO	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REVISÃO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONENTES E IMPLANTE DE PRÓTESE	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAMENTO ASSOCIADA À NECROSE MICROCIRÚRGICA DA CABEÇA FEMORAL	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO CONGÊNITA DE QUADRIL - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM OU SEM OSTEOTOMIA / REDUÇÃO INCRUENTA COM OU SEM TENOTOMIA DE ADUTORES	CINTURA PÉLVICA	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) - QUALQUER LOCALIZAÇÃO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO COM FIXADOR DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ALONGAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO DE PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE PODODÁCTILOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PÉ (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE DE TARSO E/OU MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTRODESE METATARSO - FALÂNGICA OU INTERFALÂNGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA DE TORNOZELO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ARTRORRISE DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE FÊMUR	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE TÍBIA OU FÍBULA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DO TORNOZELO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DO PÉ	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ÓSSEA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA COM FIXADOR EXTERNO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESARTICULAÇÃO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENCURTAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

EPIFISIODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EPIFISIODESE DE TÍBIA / FÍBULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FASCIOTOMIA OU RESSECÇÃO DE FASCIA PLANTAR	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA (INCLUSIVE OSTEOCONDRAL) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÊMUR - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÍBULA - (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE FÍBULA (INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FRATURAS, PSEUDARTROSES, CORREÇÃO DE DEFORMIDADES E ALONGAMENTOS COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES CRÔNICAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS EM JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MENISCORRAFIA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL DE JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE OSSO DO PÉ	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE ARTROPLASTIA TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
REVISÕES DE RECONSTRUÇÕES INTRA-ARTICULARES DE JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - REDUÇÃO INCRUENTA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TOALETE CIRÚRGICA - CORREÇÃO DE JOELHO FLEXO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRANSPOSIÇÃO DE FÍBULA/TÍBIA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE OU OSTEOARTRITE	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADES DOS DEDOS	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EPIFISITES E TENDINITES	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO EM PÉ	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL DE JOELHO, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES INTRÍNSECAS OU COMPLEXAS DE JOELHO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA AO NÍVEL DO PÉ	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALLUX VALGUS	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS	MEMBROS INFERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE MÚSCULO	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESINSERÇÃO OU MIOTOMIA	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DISSECÇÃO MUSCULAR	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DRENAGEM CIRÚRGICA DO PSOAS	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FASCIOTOMIA	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MIORRAFIAS	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR	MÚSCULOS E FASCIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ALONGAMENTO DE TENDÕES - TRATAMENTO CRUENTO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIAS CIRÚRGICAS DE TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
ENCURTAMENTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SÍNDROME DO CANAL CARPIANO - TRATAMENTO CRUENTO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENODESE	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TENÓLISE NO TÚNEL ÓSTEO FIBROSO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENÓLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

TENORRAFIA	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVECTOMIA	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TENOTOMIA	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO)	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ARTRODESE)	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ENXERTO)	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SIMPLES)	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TUMORES DE TENDÃO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL, TRAQUEOBRÔNQUICA OU BRÔNQUICA, INCLUSIVE POR VIA ENDOSCÓPICA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLASTIA DE TRAQUEOSTOMA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO TRAQUEAL	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		

RESSECÇÃO CARINAL (TRAQUEOBRÔNQUICA)	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEOPLASTIA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEORRAFIA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEOSTOMIA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRÔNQUICA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRÚRGICO	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TROCA DE PRÓTESE TRÁQUEO-ESOFÁGICA	TRAQUÉIA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA	BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA	BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
COLOCAÇÃO DE MOLDE BRÔNQUICO POR TORACOTOMIA	BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BULECTOMIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BULECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

CISTO PULMONAR CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EMBOLECTOMIA PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LOBECTOMIA POR MALFORMAÇÃO PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LOBECTOMIA PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
METASTASECTOMIA PULMONAR	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
METASTASECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
NODULECTOMIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PNEUMONECTOMIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PNEUMORRAFIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEO-CAVITÁRIO	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA)	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SEGMENTECTOMIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	PULMÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE PLEURA POR AGULHA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
DESCORTICAÇÃO PULMONAR	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
DESCORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEURECTOMIA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEURODESE	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

PLEURODESE POR VÍDEO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEUROSCOPIA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEUROSCOPIA POR VÍDEO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PLEUROSTOMIA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PUNÇÃO PLEURAL	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
REPLEÇÃO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUÇÃO DE ANTIBIÓTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VÍDEO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
TENDA PLEURAL	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TENDA PLEURAL POR VÍDEO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VÍDEO	PLEURA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE LINFONODOS PRÉ-ESCALÊNICOS OU DO CONFLUENTE VENOSO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS		AMB	HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÔFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÔFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LIGADURA DE ARTÉRIAS BRÔNQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LIGADURA DO DUCTO-TORÁCICO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MEDIASTINOSCOPIA	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MEDIASTINOSCOPIA POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MEDIASTINOTOMIA	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
MEDIASTINOTOMIA POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE BÓCIO INTRATORÁCICO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMECTOMIA	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TIMECTOMIA POR VÍDEO	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
TRATAMENTO DA MEDIASTINITE	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPÊUTICA POR TORACOTOMIA	MEDIASTINO	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
ABSCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	DIAFRAGMA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	DIAFRAGMA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	DIAFRAGMA	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO	REF		

AMPLIAÇÃO DE ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
COARCTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
CONFECÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM CIRURGIA VALVAR	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO)	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS)	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS)	DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS
AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR	VALVOPATIAS
CIRURGIA MULTIVALVAR	VALVOPATIAS
COMISSUROTOMIA VALVAR	VALVOPATIAS
PLASTIA VALVAR	VALVOPATIAS
TROCA VALVAR	VALVOPATIAS
ANEURISMECTOMIA DE VE	CORONARIOPATIAS
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	CORONARIOPATIAS
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM CIRURGIA VALVAR	CORONARIOPATIAS
CÁRDIO-ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE), TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MARCA-PASSO
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO (INCUI ELETRODOS E GERADOR)	MARCA-PASSO
INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO (INCUI ELETRODOS E GERADOR)	MARCA-PASSO
RECOLOCAÇÃO DE ELETRODOS E/OU GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES	MARCA-PASSO
REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO DE MARCA-PASSO E/OU CÁRDIO-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL COM AUXÍLIO DE DILATADOR MECÂNICO, LASER OU RADIOFREQUÊNCIA	MARCA-PASSO
RETIRADA DO SISTEMA OU TROCA DE GERADOR	MARCA-PASSO
COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO	OUTROS PROCEDIMENTOS
COLOCAÇÃO DE STENT NA AORTA COM OU SEM CEC	OUTROS PROCEDIMENTOS
DERIVAÇÃO CAVO-ATRIAL	OUTROS PROCEDIMENTOS
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA CONVENCIONAL	OUTROS PROCEDIMENTOS
INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM CRIANÇAS DE BAIXO PESO (10 KG)	OUTROS PROCEDIMENTOS
ANEURISMAS DE AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	CIRURGIA ARTERIAL
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA	CIRURGIA ARTERIAL
ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA	CIRURGIA ARTERIAL
ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR	CIRURGIA ARTERIAL
ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR	CIRURGIA ARTERIAL
ARTÉRIA RENAL - REVASCULARIZAÇÃO	CIRURGIA ARTERIAL
ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	CIRURGIA ARTERIAL
CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL - PARA PAM	CIRURGIA ARTERIAL

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMAS QUALQUER LOCALIZAÇÃO	CIRURGIA ARTERIAL
CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	CIRURGIA ARTERIAL
ENDARTERECTOMIAS	CIRURGIA ARTERIAL
LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE AORTO BIILÍACA	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE AORTO-ILÍACA	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE ARTERO-ARTERIAL	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE AXILO-BIFEMORAL	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE AXILO-FEMORAL	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE DISTAL	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL	CIRURGIA ARTERIAL
PONTE FÊMORO-FEMORAL CRUZADA	CIRURGIA ARTERIAL
PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	CIRURGIA ARTERIAL
PONTES TRANSCERVICAIS	CIRURGIA ARTERIAL
REOPERAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL	CIRURGIA ARTERIAL
RESSECÇÃO DE TUMOR GLÔMICO	CIRURGIA ARTERIAL
RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO	CIRURGIA ARTERIAL
REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL	CIRURGIA ARTERIAL
REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	CIRURGIA ARTERIAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	CIRURGIA ARTERIAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME VÉRTEBRO BASILAR	CIRURGIA ARTERIAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR CAROTÍDEO	CIRURGIA ARTERIAL
TRONCO CELÍACO	CIRURGIA ARTERIAL
CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES	CIRURGIA VENOSA
CURA CIRÚRGICA DA IMPOTÊNCIA COEUNDI VENOSA	CIRURGIA VENOSA
CURA CIRÚRGICA DE HIPERTENSÃO PORTAL	CIRURGIA VENOSA
FULGURAÇÃO DE TELANGIECTASIAS	CIRURGIA VENOSA
IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA	CIRURGIA VENOSA
INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA VEIA CAVA INFERIOR	CIRURGIA VENOSA
TROMBECTOMIA VENOSA	CIRURGIA VENOSA
VALVULOPLASTIA OU INTERPOSIÇÃO DE SEGMENTO VALVULADO VENOSO	CIRURGIA VENOSA
VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CIRURGIA VENOSA
FÍSTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ÍLIO-ILÍACA	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFÁLICA EXTRACRANIANA	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA COMPLEMENTAR	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA RADICAL	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA PARA REDUÇÃO DE FLUXO	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORÁCICOS	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
TROMBOEMBOLECTOMIA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
COLOCAÇÃO E RETIRADA DE SHUNT TEMPORÁRIO	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA

CONSTRUÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFÉRESE OU HEMOPERFUSÃO)	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
HEMODIÁLISE CONTÍNUA	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
HEMODIÁLISE CRÔNICA	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
IMPLANTE POR PUNÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
RETIRADA DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
RETIRADA DE SHUNT OU DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
ULTRAFILTRAÇÃO	HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA
ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO TORÁCICAS	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
LESÕES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁCICAS	CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE CRIOABLAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL PAROXÍSTICA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTÉRIA PULMONAR E RAMOS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS OU DE BIFURCAÇÃO COM IMPLANTE DE STENT	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA POR BALÃO	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ATRIOSSEPTOSTOMIA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÕES (CATETER OU GUIA)	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)

CATETERISMO CARDÍACO COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRÁFICO OU CINEANGIOGRÁFICO DA AORTA E/OU RAMOS TÓRACO-ABDOMINAIS E/OU MEMBROS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
CATETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINÂNICA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
CATETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRÁFICO E DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
CATETERISMO CARDÍACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRÁFICO DA ARTÉRIA PULMONAR	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
CATETERIZAÇÃO CARDÍACA E POR VIA TRANSEPTAL	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
EMBOLOTERAPIA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO COM OU SEM AÇÃO FARMACOLÓGICA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
MAPEAMENTO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ESTUDO HEMODINÂMICO DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM CRIANÇAS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
IMPLANTE DE MARCA-PASSO PROVISÓRIO OU COLOCAÇÃO DE CATETER INTRACAVITÁRIO PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
IMPLANTE DE PRÓTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO CONCOMITANTE	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
INFUSÃO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLÍTICAS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE "SHUNTS" INTRACARDÍACOS	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)

OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE FÍSTULA E/OU CONEXÕES SISTÊMICO PULMONARES	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
OCLUSÃO PERCUTÂNEA DO CANAL ARTERIAL	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, EXCETO ATRIOSSEPTOSTOMIA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO)	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
RECANALIZAÇÃO MECÂNICA DO IAM POR ANGIOPLASTIA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DO ANEURISMA/DISSECÇÃO DA AORTA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)
DISSECÇÃO DE VEIA PARA IMPLANTAÇÃO DE CATETER CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL PROLONGADA (NPP) OU QUIMIOTERAPIA (QT)	ACESSOS VASCULARES
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TORACOTOMIA)	ACESSOS VASCULARES
INSTALAÇÃO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA DO LEITO (SWAN-GANZ)	ACESSOS VASCULARES
INSTALAÇÃO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA TEMPORÁRIA	ACESSOS VASCULARES
PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA OU DISSECÇÃO DE VEIA PARA COLOCAÇÃO CATETER	ACESSOS VASCULARES
ANASTOMOSE LINFOVENOSA	CIRURGIA LINFÁTICA
DOENCA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRÚRGICO	CIRURGIA LINFÁTICA
HIGROMA CÍSTICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CIRURGIA LINFÁTICA
LINFADENECTOMIA	CIRURGIA LINFÁTICA
LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA	CIRURGIA LINFÁTICA
LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA	CIRURGIA LINFÁTICA
LINFANGIOPLASTIA	CIRURGIA LINFÁTICA
LINFEDEMA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CIRURGIA LINFÁTICA
MARSUPIALIZAÇÃO DE LINFOCELE	CIRURGIA LINFÁTICA
MARSUPIALIZAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LINFOCELE	CIRURGIA LINFÁTICA
PUNÇÃO BIÓPSIA GANGLIONAR	CIRURGIA LINFÁTICA
CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS	PERICÁRDIO
DRENAGEM DO PERICÁRDIO	PERICÁRDIO
DRENAGEM DO PERICÁRDIO POR VÍDEO	PERICÁRDIO
PERICARDIOCENTESE	PERICÁRDIO
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA	PERICÁRDIO
PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VÍDEO	PERICÁRDIO

HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATÓRIA TOTAL	HIPOTERMIA
BIÓPSIA DO MIOCÁRDIO	MIOCÁRDIO
CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO)	MIOCÁRDIO
RETIRADA DE TUMORES INTRACARDÍACOS	MIOCÁRDIO
AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	ESÔFAGO
DISSECÇÃO DO ESÔFAGO TORÁCICO	ESÔFAGO
ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	ESÔFAGO
ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA, GASTROPLASTIA)	ESÔFAGO
ESOFAGORRAFIA	ESÔFAGO
ESOFAGORRAFIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	ESÔFAGO
ESOFAGOSTOMIA	ESÔFAGO
ESTENOSE DE ESÔFAGO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESÔFAGO
FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	ESÔFAGO
FÍSTULA TRÁQUEO ESOFÁGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESÔFAGO
RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	ESÔFAGO
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESÔFAGO
REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESÔFAGO
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA	ESÔFAGO
REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESÔFAGO
RESSECÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E/OU TORÁCICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	ESÔFAGO
SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGICA - CÓLON OU TUBO GÁSTRICO	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA DE ESÔFAGO COM OU SEM FÍSTULA TRAQUEAL	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES ESOFÁGICAS	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÔFAGO	ESÔFAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESÔFAGO
TUNELIZAÇÃO ESOFÁGICA	ESÔFAGO
COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ESTÔMAGO
CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL	ESTÔMAGO
DEGASTROGASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA	ESTÔMAGO
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	ESTÔMAGO
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESTÔMAGO
GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM OU SEM TORACOTOMIA	ESTÔMAGO
GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIALCOM OU SEM LINFADENECTOMIA	ESTÔMAGO
GASTROENTEROANASTOMOSE	ESTÔMAGO
GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ESTÔMAGO
GASTRORRAFIA	ESTÔMAGO
GASTROSTOMIA CONFECÇÃO / FECHAMENTO	ESTÔMAGO
GASTROSTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	ESTÔMAGO
MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESTÔMAGO

PILOROPLASTIA	ESTÔMAGO
PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESTÔMAGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES GÁSTRICAS	ESTÔMAGO
VAGOTOMIA (QUALQUER TIPO)	ESTÔMAGO
VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESTÔMAGO
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO	INTESTINOS
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA	INTESTINOS
ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
ANORRETOMIOMECTOMIA	INTESTINOS
APENDICECTOMIA	INTESTINOS
APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
ATRESIA INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	INTESTINOS
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	INTESTINOS
CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA	INTESTINOS
COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE	INTESTINOS
COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA	INTESTINOS
COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
COLOCAÇÃO DE SONDA ENTERAL	INTESTINOS
COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA - CONFECÇÃO / FECHAMENTO	INTESTINOS
COLOTOMIA E COLORRAFIA	INTESTINOS
DESTORÇÃO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA OU POR VIA ENDOSCÓPICA	INTESTINOS
DISTORÇÃO DE VOLVO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE	INTESTINOS
DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
DUPLICAÇÃO DO TUBO DIGESTIVO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
ENTERECTOMIA	INTESTINOS
ENTERECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
ENTERO-ANASTOMOSE	INTESTINOS
ENTERO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
ENTEROPEXIA	INTESTINOS
ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA	INTESTINOS
ESPORÃO RETAL - RESSECÇÃO	INTESTINOS
ESVAZIAMENTO PÉLVICO	INTESTINOS
ESVAZIAMENTO PÉLVICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
FECALOMA - REMOÇÃO MANUAL	INTESTINOS
FIXAÇÃO DO RETO	INTESTINOS

FIXAÇÃO DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
ÍLEO MECONIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
INVAGINAÇÃO INTESTINAL COM OU SEM RESSECÇÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
MEGACÓLON CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
MEMBRANA DUODENAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
PÂNCREAS ANULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
PERFURAÇÃO DUODENAL OU DELGADO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS
PILOROMIOTOMIA	INTESTINOS
PROCIDÊNCIA DO RETO - REDUÇÃO MANUAL	INTESTINOS
PROCTOCOLECTOMIA	INTESTINOS
PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL	INTESTINOS
PROCTOCOLECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
RESSECÇÃO DE INTESTINO DELGADO	INTESTINOS
RETOSSIGMOIDECTOMIA	INTESTINOS
RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS
TUMOR ANORRETAL - RESSECÇÃO	INTESTINOS
ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM	ÂNUS
ABSCESSO ISQUIO-RETAL - DRENAGEM	ÂNUS
CERCLAGEM ANAL	ÂNUS
CORPO ESTRANHO DO RETO - RETIRADA	ÂNUS
CRIPTECTOMIA	ÂNUS
DILATAÇÃO DO ÂNUS E/OU DO RETO	ÂNUS
ESFINCTEROPLASTIA ANAL	ÂNUS
ESFINCTEROTOMIA	ÂNUS
ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ÂNUS
EXCISÃO DE PLICOMA	ÂNUS
FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	ÂNUS
FÍSTULA RETO-VAGINAL E FÍSTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ÂNUS
FISTULECTOMIA ANAL	ÂNUS
FISTULECTOMIA ANORRETAL COM ABAIXAMENTO MUCOSO	ÂNUS
FISTULECTOMIA PERINEAL	ÂNUS
HEMORRÓIDAS - LIGADURA ELÁSTICA	ÂNUS
HEMORRÓIDAS - TRATAMENTO ESCLEROSANTE	ÂNUS
HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	ÂNUS

LACERAÇÃO ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ÂNUS
LESÃO ANAL - ELETROCAUTERIZAÇÃO	ÂNUS
PAPILECTOMIA	ÂNUS
PÓLIPO RETAL - RESSECÇÃO	ÂNUS
PROLAPSO RETAL - ESCLEROSE	ÂNUS
PROLAPSO RETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ÂNUS
PRURIDO ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ÂNUS
RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR	ÂNUS
RECONSTRUÇÃO TOTAL ANOPERINEAL	ÂNUS
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETOCELE	ÂNUS
TROMBOSE HEMORROIDÁRIA - EXÉRESE	ÂNUS

ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	FÍGADO E VIAS BILIARES
BIÓPSIA HEPÁTICA POR LAPAROTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
BIÓPSIA HEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSPARIETAL	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTOJEJUNOSTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTOSTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLÉDOCO OU HEPATICOPLASTIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
COLEDOSCOPIA INTRA-OPERATÓRIA	FÍGADO E VIAS BILIARES

DERIVAÇÃO PORTO SISTÊMICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
DESVASCULARIZAÇÃO HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS	FÍGADO E VIAS BILIARES
ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DIRIGIDA OU NÃO DE TUMOR HEPÁTICO (ALCOOLIZAÇÃO)	FÍGADO E VIAS BILIARES
HEPATORRAFIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	FÍGADO E VIAS BILIARES
LOBECTOMIA HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL	FÍGADO E VIAS BILIARES
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS	FÍGADO E VIAS BILIARES
PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
CISTO DE COLÉDOCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	FÍGADO E VIAS BILIARES
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	FÍGADO E VIAS BILIARES
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	FÍGADO E VIAS BILIARES
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	FÍGADO E VIAS BILIARES
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM OU SEM HEPATECTOMIA	FÍGADO E VIAS BILIARES
SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES
SEQUESTRECTOMIA HEPÁTICA	FÍGADO E VIAS BILIARES

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES	FÍGADO E VIAS BILIARES
TRISSEGMENTECTOMIAS	FÍGADO E VIAS BILIARES
BIÓPSIA DE PÂNCREAS	PÂNCREAS
BIÓPSIA DE PÂNCREAS POR PUNÇÃO DIRIGIDA	PÂNCREAS
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS	PÂNCREAS
ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	PÂNCREAS
PANCREATECTOMIA PARCIAL OU TOTAL / SEQUESTRECTOMIA	PÂNCREAS
PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO	PÂNCREAS
PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	PÂNCREAS
PANCREATO-ENTEROSTOMIA	PÂNCREAS
PANCREATORRAFIA	PÂNCREAS
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM	PÂNCREAS
PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA	PÂNCREAS
BIÓPSIA ESPLÊNICA	BAÇO
ESPLENECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	BAÇO
ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	BAÇO
ESPLENORRAFIA	BAÇO
DIÁLISE PERITONEAL	PERITÔNIO
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)	PERITÔNIO
DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) - TREINAMENTO	PERITÔNIO
EPIPLOPLASTIA	PERITÔNIO
IMPLANTE OU RETIRADA DE CATETER PERITONEAL (TENCKHOFF OU OUTROS)	PERITÔNIO
OMENTECTOMIA	PERITÔNIO
OMENTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	PERITÔNIO
BIÓPSIA DE PAREDE ABDOMINAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
CISTO SACRO-COCCÍGEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HÉRNIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA CRURAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA CRURAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA INCISIONAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA INGUINAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE

HERNIORRAFIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA LOMBAR	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA RECIDIVANTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
HERNIORRAFIA UMBILICAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA BIÓPSIA, DRENAGEM DE ABSCESSO OU LIBERAÇÃO DE BRIDAS EM VIGÊNCIA DE OCLUSÃO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXÉRESE	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
ONFALOCELE/GASTROSQUISE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
PARACENTESE ABDOMINAL	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
PARACENTESE ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTÂNEO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA DE ÚRACO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
RESSECÇÃO DE CISTO OU FÍSTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTÉRICO	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA TOTAL OU EVISCERAÇÃO)	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
TERATOMA SACRO-COCCÍGEO - EXÉRESE	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
VIDEOLAPAROSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIAS E PARA OS PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM DE COLEÇÕES, LIBERAÇÃO DE BRIDAS/ADERÊNCIAS E/OU RAFIAS	ABDOME, PAREDE E CAVIDADE
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM PERCUTÂNEA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL DRENAGEM CIRÚRGICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ADRENALECTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

ANGIOPLASTIA RENAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ANGIOPLASTIA RENAL TRANSLUMINAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
AUTOTRANSPLANTE RENAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
BIÓPSIA RENAL CIRÚRGICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
CISTO RENAL - ESCLEROTERAPIA PERCUTÂNEA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ENDOPIELOTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
FÍSTULA PIELO-CUTÂNEA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
LOMBOTOMIA EXPLORADORA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS RENAIS	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFRECTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFRECTOMIA COM URETERECTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROLITOTOMIA SIMPLES, ANATRÓFICA OU PERCUTÂNEA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (PNEUMÁTICA OU PNEUMÁTICO-BALÍSTICA - MEC; ELETROHIDRÁULICA - E.H.; OU ULTRASSOM - U.S.)	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA A LASER	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

NEFROPEXIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFRORRAFIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROSTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOLITOTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES OU ANATRÓFICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOPLASTIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOSTOMIA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PIELOTOMIA EXPLORADORA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNÓSTICO DE REJEIÇÃO	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
PUNÇÃO BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
REVASCULARIZAÇÃO RENAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
SINFISIOTOMIA (RIM EM FERRADURA)	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

TRANSURETERO ANASTOMOSE	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA PIELO-INTESTINAL	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
TUMOR RENAL - ENUCLEAÇÃO	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
TUMOR WILMS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
TUMORES RETRO-PERITONEAIS - EXÉRESE	RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL
BIÓPSIA CIRÚRGICA DE URETER	URETER
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETER	URETER
CATETERISMO URETERAL	URETER
COLOCAÇÃO CIRÚRGICA DE DUPLO J	URETER
COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	URETER
COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J	URETER
COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J	URETER
CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VÉSICO-URETERAL	URETER
DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA	URETER
DUPLICAÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	URETER
FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	URETER
FÍSTULA URETERO-INTESTINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	URETER
FÍSTULA URETERO-VAGINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	URETER
MEATOTOMIA ENDOSCÓPICA	URETER
REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	URETER
REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA, INTRA OU TRANSVESICAL	URETER
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL	URETER
REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCÓPICO	URETER
REIMPLANTE URETERO-VESICAL	URETER
REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCÓPICO	URETER
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO DE URETER	URETER
TRANSURETEROSTOMIA	URETER
URETERECTOMIA	URETER
URETEROCELE -TRATAMENTO CIRURGICO OU ENDOSCOPICO	URETER
URETEROILEOCISTOSTOMIA	URETER
URETEROILEOSTOMIA	URETER
URETERÓLISE	URETER
URETEROLITOTOMIA	URETER
URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	URETER
URETEROPLASTIA	URETER
URETERORRENOLITOTOMIA	URETER
URETERORRENOLITOTRIPSIA A LASER	URETER
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA (MEC., E.H., OU US)	URETER
URETEROSSIGMOIDOPLASTIA	URETER
URETEROSSIGMOIDOSTOMIA	URETER
URETEROSTOMIA CUTÂNEA	URETER
URETEROTOMIA INTERNA PERCUTÂNEA	URETER
URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCÓPICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	URETER
URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA	URETER
URETEROURETEROSTOMIA	URETER
URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCÓPICA	URETER
AMPLIAÇÃO VESICAL	BEXIGA
BEXIGA PSÓICA	BEXIGA

BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA	BEXIGA
BIÓPSIA VESICAL A CÉU ABERTO	BEXIGA
CÁLCULO VESICAL - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
CISTECTOMIA	BEXIGA
CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA (INCLUI PRÓSTATA OU ÚTERO)	BEXIGA
CISTOLITOTOMIA	BEXIGA
CISTOLITOTRIPSIA A LASER	BEXIGA
CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	BEXIGA
CISTOLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (U.S., E.H., E.C.)	BEXIGA
CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)	BEXIGA
CISTOPLASTIA REDUTORA	BEXIGA
CISTORRAFIA	BEXIGA
CISTOSTOMIA CIRÚRGICA	BEXIGA
CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	BEXIGA
CISTOSTOMIA POR PUNÇÃO COM TROCATER	BEXIGA
COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA	BEXIGA
CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
DIVERTICULECTOMIA VESICAL	BEXIGA
ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)	BEXIGA
EXTROFIA EM CLOACA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	BEXIGA
EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	BEXIGA
FÍSTULA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	BEXIGA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL, SINTÉTICO OU AUTÓLOGO	BEXIGA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DE COLO	BEXIGA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO	BEXIGA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE)	BEXIGA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)	BEXIGA
NEOBEXIGA CONTINENTE (CUTÂNEA, RETAL OU URETRAL)	BEXIGA
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO CIRÚRGICA	BEXIGA
PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
PUNÇÃO E ASPIRAÇÃO VESICAL	BEXIGA
REIMPLANTE URETERO-VESICAL À BOARI	BEXIGA
RETENÇÃO POR COÁGULO - ASPIRAÇÃO VESICAL	BEXIGA
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	BEXIGA
TUMOR VESICAL - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	BEXIGA
TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	BEXIGA
TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BEXIGA
VESICOSTOMIA CUTÂNEA - CONFECÇÃO OU FECHAMENTO	BEXIGA
ABSCESSO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	URETRA
BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETRA	URETRA
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA	URETRA
CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA	URETRA
DIVERTÍCULO URETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	URETRA
ELETROCOAGULAÇÃO ENDOSCÓPICA	URETRA
ESFINCTEROTOMIA	URETRA
FÍSTULA URETRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	URETRA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	URETRA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO (EXCETO ESFÍNCTER ARTIFICIAL)	URETRA
INJEÇÕES PERIURETRAIS (INCLUINDO URETROCISTOCOPIA)	URETRA
MEATOPLASTIA (RETALHO CUTÂNEO)	URETRA
MEATOTOMIA URETRAL	URETRA
NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)	URETRA
RESSECÇÃO DE CARÚNCULA	URETRA
RESSECÇÃO DE VÁLVULA URETRAL POSTERIOR	URETRA
TUMOR URETRAL - EXCISÃO	URETRA
URETRECTOMIA	URETRA
URETROPLASTIA	URETRA
URETROSTOMIA	URETRA
URETROTOMIA INTERNA COM OU SEM PRÓTESE ENDOURETRAL	URETRA
ABSCESSO DE PRÓSTATA - DRENAGEM	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
ADENOMA - RESSECÇÃO	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
BIÓPSIA PROSTÁTICA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - EVACUAÇÃO E IRRIGAÇÃO	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - REVISÃO E/OU HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
HIPERTROFIA PROSTÁTICA - IMPLANTE DE PRÓTESE	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
HIPERTROFIA PROSTÁTICA - TRATAMENTO POR DILATAÇÃO	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
PROSTATAVESICULECTOMIA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
PROSTATECTOMIA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA	PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS
BIÓPSIA ESCROTAL	ESCROTO
DRENAGEM DE ABSCESSO	ESCROTO
ELEFANTÍASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESCROTO
EXÉRESE DE CISTO ESCROTAL	ESCROTO
RECONSTRUÇÃO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO	ESCROTO
RESSECÇÃO DA BOLSA ESCROTAL	ESCROTO
AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTÍCULO	TESTÍCULO
BIÓPSIA DE TESTÍCULO	TESTÍCULO
ESCROTO AGUDO - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA	TESTÍCULO
HIDROCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	TESTÍCULO
IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR	TESTÍCULO
ORQUIDOPEXIA	TESTÍCULO
ORQUIDOPEXIA LAPAROSCÓPICA	TESTÍCULO
ORQUIECTOMIA	TESTÍCULO
PUNÇÃO DA VAGINAL	TESTÍCULO
REPARAÇÃO PLÁSTICA (TRAUMA)	TESTÍCULO
TORÇÃO DE TESTÍCULO - CURA CIRÚRGICA	TESTÍCULO
TUMOR DE TESTÍCULO - RESSECÇÃO	TESTÍCULO
VARICOCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	TESTÍCULO
BIÓPSIA DE EPIDÍDIMO	EPIDÍDIMO
DRENAGEM DE ABSCESSO	EPIDÍDIMO

EPIDIDIMECTOMIA	EPIDÍDIMO
EPIDIDIMOVASOPLASTIA (INCLUINDO MICROCIRURGIA)	EPIDÍDIMO
EXÉRESE DE CISTO	EPIDÍDIMO
ESPERMATOCELECTOMIA	CORDÃO ESPERMÁTICO
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DO DEFERENTE	CORDÃO ESPERMÁTICO
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	CORDÃO ESPERMÁTICO
VASOVASOANASTOMOSE (EXCETO PARA REVERSÃO DE VASECTOMIA)	CORDÃO ESPERMÁTICO
AMPUTAÇÃO PARCIAL OU TOTAL	PÊNIS
BIÓPSIA PENIANA	PÊNIS

DOENÇA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS	PÊNIS
EMASCULAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO OU FASCEÍTE NECROTIZANTE	PÊNIS
EPISPADIA - RECONSTRUÇÃO	PÊNIS
EPISPADIA COM INCONTINÊNCIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
FRATURA DE PÊNIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
HIPOSPADIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
IMPLANTE DE PRÓTESE SEMI-RÍGIDA (EXCLUI PRÓTESES INFLÁVEIS)	PÊNIS
NEOFALOPLASTIA COM OU SEM RECONSTRUÇÃO URETRAL	PÊNIS
PARAFIMOSE - REDUÇÃO MANUAL OU CIRÚRGICA	PÊNIS
PÊNIS CURVO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
PLÁSTICA - RETALHO CUTÂNEO À DISTÂNCIA	PÊNIS
PLÁSTICA DE CORPO CAVERNOSO	PÊNIS
PLÁSTICA DO FREIO BÁLANO-PREPUCIAL	PÊNIS
POSTECTOMIA	PÊNIS
PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PÊNIS
RECONSTRUÇÃO DE PÊNIS COM ENXERTO - PLÁSTICA TOTAL	PÊNIS
REIMPLANTE DO PÊNIS	PÊNIS
REVASCULARIZAÇÃO PENIANA	PÊNIS
ABSCESSO PERINEAL - DRENAGEM CIRÚRGICA	VULVA
BARTOLINECTOMIA	VULVA
BIÓPSIA DE VULVA	VULVA
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VULVA	VULVA
CLITORIDECTOMIA	VULVA
CLITOROPLASTIA	VULVA
EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA	VULVA
EXÉRESE DE GLÂNDULA DE SKENE	VULVA
EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO	VULVA
HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA	VULVA
INCISÃO E DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN OU SKENE	VULVA
MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN	VULVA
VULVECTOMIA	VULVA
BIÓPSIA DE VAGINA	VAGINA
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VAGINA	VAGINA
COLPECTOMIA	VAGINA
COLPOCLEISE (LEFORT)	VAGINA
COLPOPLASTIA	VAGINA

COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA (INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL)	VAGINA
COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	VAGINA
EXÉRESE DE CISTO VAGINAL	VAGINA
EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO	VAGINA
FÍSTULA GINECOLÓGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	VAGINA
HIMENOTOMIA	VAGINA
NEOVAGINA (CÓLON, DELGADO, TUBO DE PELE)	VAGINA
BIÓPSIA DO COLO UTERINO	ÚTERO
BIÓPSIA DO ENDOMÉTRIO	ÚTERO
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DE COLO UTERINO	ÚTERO
CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA E/OU TERAPÊUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO	ÚTERO
DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	ÚTERO
EXCISÃO DE PÓLIPO CERVICAL	ÚTERO
HISTERECTOMIA SUBTOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)	ÚTERO
HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)	ÚTERO
HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL (VIA ALTA OU BAIXA)	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (VIA ALTA OU BAIXA)	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA AMPLIADA	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA)	ÚTERO
HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANEXECTOMIA	ÚTERO
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	ÚTERO
HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCÓPIO PARA MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA, METROPLASTIA, ENDOMETRECTOMIA E RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS	ÚTERO
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO - INCLUI O DISPOSITIVO	ÚTERO
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO	ÚTERO
METROPLASTIA	ÚTERO
MIOMECTOMIA UTERINA	ÚTERO
MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCÓPICA	ÚTERO
TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF)	ÚTERO
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	TUBAS
SALPINGECTOMIA	TUBAS
NEOSSALPINGOSTOMIA	TUBAS
NEOSSALPINGOSTOMIA LAPAROSCÓPICA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	TUBAS
SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA	TUBAS
OOFORECTOMIA OU OOFOROPLASTIA	OVÁRIOS
OOFOROPLASTIA OU OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA	OVÁRIOS
TRANSLOCAÇÃO DE OVÁRIOS	OVÁRIOS
CORREÇÃO DE DEFEITO LATERAL	PERÍNEO
CORREÇÃO DE ENTEROCELE	PERÍNEO
PERINEORRAFIA E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA	PERÍNEO
RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS	PERÍNEO
RESSECÇÃO DE TUMOR DO SEPTO RETO-VAGINAL	PERÍNEO
RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	PERÍNEO
SEIO UROGENITAL - PLÁSTICA	PERÍNEO

CIRURGIA DO PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DO PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
CULDOPLASTIA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA LAPAROSCÓPICA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA COM OU SEM BIÓPSIA - INCLUI CROMOTUBAGEM	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONIAIS OU SALPINGÓLISE	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LIBERAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS, COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONEAIS OU SALPINGOLISE	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LIGADURA DE VEIA OVARIANA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL OU DO NERVO GÊNITO-FEMORAL	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
RESSECÇÃO OU LIGADURA DE VARIZES PÉLVICAS	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
RESSECÇÃO OU LIGADURA LAPAROSCÓPICA DE VARIZES PÉLVICAS	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
SECÇÃO DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
SECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
TRATAMENTO DE CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING)	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
TRATAMENTO DE CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING) VIA LAPAROSCÓPICA	CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS
AMNIORREDUÇÃO OU AMNIOINFUSÃO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) PÓS-ABORTAMENTO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
CERCLAGEM DO COLO UTERINO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
EMBRIOTOMIA	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
MATURAÇÃO CERVICAL PARA INDUÇÃO DE ABORTAMENTO OU TRABALHO DE PARTO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

INVERSÃO UTERINA - REDUÇÃO MANUAL OU TRATAMENTO CIRURGICO	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
PARTO POR VIA VAGINAL	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
REVISÃO OBSTÉTRICA DE PARTO OCORRIDO FORA DO HOSPITAL (INCLUI EXAME, DEQUITAÇÃO E SUTURA DE LACERAÇÕES ATÉ DE 2º GRAU)	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA	PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS
BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO	ENCÉFALO
CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA	ENCÉFALO
CRANIOTOMIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO	ENCÉFALO
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	ENCÉFALO
DRENAGEM ESTEREOTÁXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABSCESSOS	ENCÉFALO
HIPOFISECTOMIA	ENCÉFALO
IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	ENCÉFALO
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ENCÉFALO
IMPLANTE ESTEREOTÁXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	ENCÉFALO
IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	ENCÉFALO
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	ENCÉFALO
LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO	ENCÉFALO
MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	ENCÉFALO
MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	ENCÉFALO
PUNÇÃO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA	ENCÉFALO
RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	ENCÉFALO
SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS (INSTALAÇÃO, RETIRADA OU REVISÕES)	ENCÉFALO
TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS COM OU SEM MICROSCOPIA	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA REGIÃO SELAR POR ACESSO ENDOSCÓPICO OU CONVENCIONAL	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO ENCEFÁLICO	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA EXTRADURAL, SUBDURAL OU INTRACEREBRAL	ENCÉFALO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	ENCÉFALO
TRATAMENTO PRÉ-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	ENCÉFALO
CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MEDULA
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MEDULA
MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	MEDULA
PUNÇÃO LIQUÓRICA RAQUIANA OU CISTERNAL	MEDULA
TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS PUNÇÃO (NÃO INDICADO NA PROFILAXIA DA CEFALÉIA)	MEDULA

ANASTOMOSE ESPINO-FACIAL	NERVOS PERIFÉRICOS
ANASTOMOSE HIPOGLOSSO-FACIAL	NERVOS PERIFÉRICOS
BIÓPSIA DE NERVO	NERVOS PERIFÉRICOS

BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	NERVOS PERIFÉRICOS
BLOQUEIO FENÓLICO E/OU ALCOÓLICO	NERVOS PERIFÉRICOS
BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	NERVOS PERIFÉRICOS
DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR	NERVOS PERIFÉRICOS
ENXERTO DE NERVO	NERVOS PERIFÉRICOS
ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR	NERVOS PERIFÉRICOS
ENXERTO PARA REPARO DE NERVO	NERVOS PERIFÉRICOS
EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS (COM OU SEM ENXERTO INTERFASCICULAR)	NERVOS PERIFÉRICOS
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)	NERVOS PERIFÉRICOS
EXTIRPAÇÃO DE NEUROMA	NERVOS PERIFÉRICOS
IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	NERVOS PERIFÉRICOS
LESÃO DE NERVOS ASSOCIADA À LESÃO ÓSSEA	NERVOS PERIFÉRICOS
LESÃO ESTEREOTÁXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL	NERVOS PERIFÉRICOS
MICROCIRURGIA DE NERVOS PERIFÉRICOS	NERVOS PERIFÉRICOS
MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES	NERVOS PERIFÉRICOS
MICRONEURÓLISE	NERVOS PERIFÉRICOS
MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR	NERVOS PERIFÉRICOS
MICRONEURORRAFIA	NERVOS PERIFÉRICOS
NEURÓLISE DAS SÍNDROMES COMPRESSIVAS	NERVOS PERIFÉRICOS
NEUROTOMIA	NERVOS PERIFÉRICOS
NEUROTRIPSIA	NERVOS PERIFÉRICOS
REPOSIÇÃO DE FÁRMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	NERVOS PERIFÉRICOS
RESSECÇÃO DE NEUROMA	NERVOS PERIFÉRICOS
REVISÃO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	NERVOS PERIFÉRICOS
RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	NERVOS PERIFÉRICOS
SIMPATECTOMIA	NERVOS PERIFÉRICOS
SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	NERVOS PERIFÉRICOS
TRANSPOSIÇÃO DE NERVO	NERVOS PERIFÉRICOS
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS	NERVOS PERIFÉRICOS
DESCOMPRESSÃO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	NERVOS CRANIANOS
NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO	NERVOS CRANIANOS
BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO
LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO
TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO CÉRVICO TORÁCICO	SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	CÓRNEA
TRANSPLANTE DE CÓRNEA	CÓRNEA
NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO	RIM
NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM DOADOR VIVO - PARA TRANSPLANTE	RIM
RETIRADA PARA TRANSPLANTE	RIM
TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO)	RIM

AFÉRESE PARA PACIENTE ABO INCOMPATÍVEL	MEDULA ÓSSEA
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PROCESSADORA AUTOMÁTICA (AFÉRESE TERAPÊUTICA)	MEDULA ÓSSEA
COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PUNÇÃO MEDULAR ASPIRATIVA DIRETA	MEDULA ÓSSEA
CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	MEDULA ÓSSEA
DESCONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	MEDULA ÓSSEA
DETERMINAÇÃO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLÔNIAS	MEDULA ÓSSEA
DETERMINAÇÃO DE VIABILIDADE CELULAR	MEDULA ÓSSEA
ESTIMULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	MEDULA ÓSSEA
MANUTENÇÃO POR CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA (ATÉ 2 ANOS)	MEDULA ÓSSEA
PREPARO E FILTRAÇÃO DO ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA	MEDULA ÓSSEA
PREPARO PARA CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	MEDULA ÓSSEA
PROCESSAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA	MEDULA ÓSSEA
QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS	MEDULA ÓSSEA
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MEDULA ÓSSEA
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MEDULA ÓSSEA
ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
ANESTESIA GERAL OU CONDUTIVA PARA REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROLÍTICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS CRANIANOS	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO CELÍACO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO ANESTÉSICO SIMPÁTICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM ANESTÉSICO LOCAL	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM NEUROLÍTICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXOS NERVOSOS (LOMBOSSACRO, BRAQUIAL, CERVICAL) PARA TRATAMENTO DE DOR	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO FACETÁRIO PARA-ESPINHOSO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DE NERVOS CRANIANOS OU CÉRVICO-TORÁCICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR OU TORÁCICO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO NEUROLÍTICO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES

BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM CORTICÓIDE	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
BLOQUEIO SIMPÁTICO POR VIA VENOSA	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
INSTALAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA ANALGESIA EM DOR AGUDA OU CRÔNICA, POR QUALQUER VIA	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
PASSAGEM DE CATÉTER PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM BLOQUEIO DE PROVA	BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES
ECG CONVENCIONAL	ECG - TE
ECG DE ALTA RESOLUÇÃO	ECG - TE
ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORÇADA, CONSUMO DE O2, PRODUÇÃO DE CO2 E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA)	ECG - TE
ESTUDO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	ECG - TE
TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	ECG - TE
TESTE ERGOMÉTRICO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO) COM OU SEM ELETROCARDIOGRAMA	ECG - TE
TESTE ERGOMÉTRICO COM REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL	ECG - TE
MANOMETRIA ANORRETAL	TUBO DIGESTIVO
MANOMETRIA ESOFÁGICA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO	TUBO DIGESTIVO
MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA	TUBO DIGESTIVO
PH-METRIA ESOFÁGICA	TUBO DIGESTIVO
PLETISMOGRAFIA PENIANA NOTURNA	TUBO DIGESTIVO
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	SISTEMA NERVOSO
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR CONDICIONADA	SISTEMA NERVOSO
AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO/INTELIGIBILIDADE (LOGOAUDIOMETRIA)	SISTEMA NERVOSO
AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	SISTEMA NERVOSO
AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	SISTEMA NERVOSO
EEG INTRA-OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA NÃO NEUROLÓGICA (EEG/IO)	SISTEMA NERVOSO
ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL) COM OU SEM ANÁLISE DE COERÊNCIA	SISTEMA NERVOSO
ELETROCOCLEOGRAFIA (ECOCHG)	SISTEMA NERVOSO
ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA (ECOG)	SISTEMA NERVOSO
ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDAÇÃO, EEG PROLONGADO	SISTEMA NERVOSO
ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA, VIGÍLIA OU SONO, HIPERVENTILAÇÃO, FOTOESTIMULAÇÃO, ANALÓGICO OU DIGITAL (EEG/R)	SISTEMA NERVOSO
ELETROGLOTOGRAFIA	SISTEMA NERVOSO
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO COM OU SEM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO	SISTEMA NERVOSO
ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	SISTEMA NERVOSO
ELETRO-OCULOGRAFIA	SISTEMA NERVOSO
ELETRO-RETINOGRAFIA	SISTEMA NERVOSO
EMG PARA MONITORAÇÃO DE QUIMODENERVAÇÃO	SISTEMA NERVOSO
EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA ÚNICA	SISTEMA NERVOSO
ESPECTROGRAFIA VOCAL	SISTEMA NERVOSO
GUSTOMETRIA	SISTEMA NERVOSO
IMPEDANCIOMETRIA (MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA)	SISTEMA NERVOSO

MÉTODO DE PROETZ	SISTEMA NERVOSO
OSCILOMETRIA	SISTEMA NERVOSO
EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (TRANSIENTES OU PRODUTO DE DISTORÇÃO) - TESTE DA ORELHINHA	SISTEMA NERVOSO
PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR	SISTEMA NERVOSO
PESQUISA DE POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA)	SISTEMA NERVOSO
PESQUISA DO FENÔMENO DE TULLIO	SISTEMA NERVOSO
POLIGRAFIA DE RECÉM-NASCIDO (PG/RN)	SISTEMA NERVOSO
POLISSONOGRAFIA COM EEG DE NOITE INTEIRA COM OU SEM TESTE DE CPAP/BIPAP NASAL (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTÁVEL - PEAEE (STEADY STATE)	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MÉDIA LATÊNCIA (PEA-ML)	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO GÊNITO-CORTICAL (PEGC)	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO P300	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (PESS)	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO PARA LOCALIZAÇÃO FUNCIONAL DA ÁREA CENTRAL	SISTEMA NERVOSO
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (PEV)	SISTEMA NERVOSO
PROVAS DE FUNÇÃO TUBÁRIA	SISTEMA NERVOSO
RINOMANOMETRIA	SISTEMA NERVOSO
TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DE SONO (TLMS)	SISTEMA NERVOSO
VÍDEO-ELETROENCEFALOGRAFIA CONTÍNUA NÃO INVASIVA (VÍDEO EEG/NT)	SISTEMA NERVOSO
AVALIAÇÃO MUSCULAR POR DINAMOMETRIA COMPUTADORIZADA (ISOCINÉTICA)	EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES
CURVA I/T - MEDIDA DE LATÊNCIA DE NERVO PERIFÉRICO	EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES
SISTEMA TRIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DO MOVIMENTO QUE INCLUI VÍDEO ACOPLADO À PLATAFORMA DA FORÇA E ELETROMIOGRAFIA	EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES
DETERMINAÇÃO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA OU POR DILUIÇÃO DE GASES	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR OSCILOMETRIA	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (FEES)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
AMNIOSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
BIÓPSIAS POR LAPAROSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCÓPICO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
BRONCOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA, ASPIRADO, ESCOVADO, LAVADO BRONCOALVEOLAR, PUNÇÃO, CATETER PROTEGIDO E CURETA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
CECOSTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU BRÔNQUICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA

COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA COM OU SEM DILATAÇÃO SEGMENTAR OU ESTENOSTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA COM LASER OU ELETROCAUTÉRIO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA POR BRONCOASPIRAÇÃO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRÔNQUICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DILATAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DIVERTICULOTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
DRENAGEM CAVITÁRIA POR LAPAROSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ECOENDOSCOPIA (ULTRASSOM ENDOSCÓPICO) COM OU SEM PUNÇÃO POR AGULHA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ENDOSCOPIA COM PAPILOTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ENTEROSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
ESTENOSTOMIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
HEMOSTASIA MECÂNICA E/OU TÉRMICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
HEMOSTASIA TÉRMICA POR ENDOSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
HEMOSTASIAS DE CÓLON	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM OU SEM BIÓPSIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
INTRODUÇÃO DE PRÓTESE NO ESÔFAGO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LAPAROSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA

LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXÍVEL)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATAÇÃO DE ESTENOSE	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXÉRESE DE PAPILOMA/TUMOR	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM OU SEM MICROSCOPIA PARA RETIRADA DE PÓLIPO/NÓDULO/PAPILOMA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E BIÓPSIA (TUBO RÍGIDO OU FLEXÌVEL)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBAÇÃO ORO OU NASOTRAQUEAL	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
MUCOSECTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PROTESE OU DRENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA (PARA RETIRADA DE CÁLCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
POLIPECTOMIA DE CÓLON	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA OU POLIPO POR BRONCOSCOPIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO QUALQUER LOCALIZAÇÃO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM POLIPECTOMIA E/OU MUCOSECTOMIA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI (TESTE DE HEALD)	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMOPTISE	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
URETEROSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
URETROTOMIA ENDOSCÓPICA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VELO-PALATINO COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA
VÍDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA

3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
5-NUCLEOTIDASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO CÍTRICO (CITRATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO FÓLICO (FOLATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO LÁCTICO (LACTATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO ORÓTICO (OROTATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO OXÁLICO (OXALATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO PIRÚVICO (PIRUVATO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO SIÁLICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO ÚRICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDO VALPRÓICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDOS GRAXOS LIVRES	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALBUMINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALDOLASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALFA-2-MACROGLOBULINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALFA-FETOPROTEÍNA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALUMÍNIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
AMILASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
AMILASE TOTAL E PANCREÁTICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
AMILOIDOSE - TTR	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

AMINOÁCIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
AMÔNIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
AMP - CÍCLICO NEFROGÊNICO (SANGUE E URINA)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
APOLIPOPROTEÍNA A (APO A)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
APOLIPOPROTEÍNA B (APO B)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
BETA-GLICURONIDASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
BICARBONATO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
BILIRRUBINAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CÁLCIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CÁLCIO IÔNICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CARNITINA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CARNITINA TOTAL E FRAÇÕES - PESQUISA E/OU DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CARNITINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CAROTENO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CATECOLAMINAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CERULOPLASMINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CLEARANCE DE ÁCIDO ÚRICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CLEARANCE DE CREATININA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CLEARANCE DE FOSFATO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CLEARANCE DE URÉIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CLORO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
COBRE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

COLESTEROL (HDL)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
COLESTEROL (LDL)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
COLESTEROL (VLDL)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
COLESTEROL TOTAL	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATININA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATINO FOSFOQUINASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATINO FOSFOQUINASE - CK MASSA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DESIDROGENASE GLUTÂMICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DESIDROGENASE LÁCTICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DESIDROGENASE LÁCTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
RAZÃO DO TESTE sFlt/PLGF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE ANTIMICROBIANOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE ANTICONVULSIVANTES	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE BARBITÚRICOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
BARBITURATOS, PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE DIGITÁLICOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

DOSAGEM DE IMUNOSSUPRESSORES	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE ANTIARRITMICOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
DOSAGEM DE TEOFILINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ENOLASE NEURÔNIO-ESPECÍFICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ETOSUXIMIDA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FENILALANINA, DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FERRITINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FERRO SÉRICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ALCALINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTÁVEL	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FÓSFORO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
FRUTOSE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GALACTOSE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GASOMETRIA (PH, PCO2, TCO2, PO2, SAT O2, HCO3, EXCESSO DE BASE)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM GLICOSE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GLICOSE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
GLOBULINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HAPTOGLOBINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HEXOSAMINIDASE A, DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HIDROXIPROLINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HOMOCISTINA, DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
HOMOCISTEÍNA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
LIPASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
LIPÍDIOS TOTAIS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
LÍTIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
MAGNÉSIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
MICOBACTÉRIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
MIOGLOBINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
OCITOCINASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
OSMOLALIDADE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PAPP-A	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PARACETAMOL (ACETAMINOFENO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LÍPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PIRUVATO QUINASE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PORFIRINAS, FRACIONAMENTO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
POTÁSSIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PRÉ-ALBUMINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PROCALCITONINA, DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PROTEÍNAS TOTAIS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA BACTÉRIAS (POR ANTÍGENOS)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA FUNGOS (POR ANTÍGENOS)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
SÓDIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
SUCCINIL ACETONA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
SULFATOS ORGÂNICOS OU INORGÂNICOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TIROSINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TRANSAMINASE OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

TRANSAMINASE PIRÚVICA (ALANINA AMINOTRANSFERASE)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TRANSFERRINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TRIGLICERÍDEOS	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
TROPONINA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
URÉIA	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)

UROBILINOGÊNIO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
VITAMINA A	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
VITAMINA B12	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
VITAMINA D3 COLECALCIFEROL (25-OH-D3)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
XILOSE, TESTE DE ABSORÇÃO	BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)
ALFA-1-ANTITRIPSINA	COPROLOGIA
CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	COPROLOGIA
COPROLÓGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMÔNIA, ÁCIDOS ORGÂNICOS E INTERPRETAÇÃO)	COPROLOGIA
ESTEATÓCRITO	COPROLOGIA
ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL	COPROLOGIA
EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES	COPROLOGIA
EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES COM MÉTODO DE CONSERVAÇÃO E COLHEITA MÚLTIPLA	COPROLOGIA
GORDURA FECAL, DOSAGEM	COPROLOGIA
HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS	COPROLOGIA
IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS NAS FEZES	COPROLOGIA
ISOSPORA, PESQUISA NAS FEZES	COPROLOGIA
LARVAS, PESQUISA NAS FEZES	COPROLOGIA
LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PESQUISA DAS FEZES	COPROLOGIA
LEVEDURAS, PESQUISA NAS FEZES	COPROLOGIA
PH FECAL	COPROLOGIA
SANGUE OCULTO, PESQUISA	COPROLOGIA
SCHISTOSOMA MANSONI, PESQUISA DE OVOS EM FRAGMENTOS DE MUCOSA APÓS BIÓPSIA RETAL	COPROLOGIA
SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	COPROLOGIA

SWAB ANAL, PESQUISA DE OVOS DE ENTEROBIUS VERMICULARIS	COPROLOGIA
TRIPSINA NAS FEZES, PROVA DE DIGESTÃO DA GELATINA	COPROLOGIA
ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ANTICORPOS IRREGULARES	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37º E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ANTITROMBINA III	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
BAÇO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE INESPECÍFICA, FOSFATASE ALCALINA LEUCOCITÁRIA, PAS, MIELOPEROXIDASE, SUDAN BLACK B, PERLS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
COAGULOGRAMA (INCLUI: TEMPO DE SANGRAMENTO; TEMPO DE COAGULAÇÃO; TEMPO DE PROTROMBINA; TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA; E CONTAGEM DE PLAQUETAS)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
DÍMERO-D (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
ENZIMAS ERITROCITÁRIAS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FALCIZAÇÃO, TESTE DE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR 4 PLAQUETÁRIO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR DE VON WILLEBRAND, ANTÍGENO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR II, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR IX, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR V, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR VII, ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR VIII, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR VIII, INIBIDOR	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR X, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR XI, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR XII, DOSAGEM/ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FATOR XIII, ATIVIDADE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
FIBRINOGÊNIO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO REVERSA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR Rho (INCLUI Du)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL

HEINZ, CORPÚSCULOS, PESQUISA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOGLOBINA, DOSAGEM	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOGLOBINA FETAL	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOGLOBINA, ELETROFORESE	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOGLOBINOPATIA, TRIAGEM NEONATAL	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
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]	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOSSEDIMENTAÇÃO, (VHS)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
HEMOSSIDERINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS - CITOMETRIA DE FLUXO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS E CRÔNICAS, SINDROME MIELODISPLÁSICA E TRANSTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMAS NÃO-HODGKIN / SINDROMES LINFOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM OU PESQUISA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
LINFONODO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
META-HEMOGLOBINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
MIELOGRAMA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PIRUVATO QUINASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PROTEÍNA C, FUNCIONAL	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PROTEÍNA S, FUNCIONAL	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
PROVA DO LAÇO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
RESISTÊNCIA GLOBULAR	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
RETRAÇÃO DO COÁGULO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
RISTOCETINA, CO-FATOR	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
SULFO-HEMOGLOBINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TEMPO DE COAGULAÇÃO	HEMATOLOGIA LABORATORIAL

TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TEMPO DE PROTROMBINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TEMPO DE TROMBINA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TESTE DE HAM (HEMÓLISE ÁCIDA)	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
TROMBOELASTOGRAMA	HEMATOLOGIA LABORATORIAL
1,25-DIIDROXIVITAMINA D3	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
11-DESOXICORTICOSTERONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
17-CETOSTERÓIDES TOTAIS (17-CTS)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
17-CETOSTERÓIDES, FRACIONAMENTO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES (17-OHS)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
17-HIDROXIPREGNENOLONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
3 ALFA-ANDROSTANEDIOL GLICURONÍDEO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ÁCIDO 5-HIDROXINDOLACÉTICO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ÁCIDO HOMOVANÍLICO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ÁCIDO VANILMANDÉLICO (VMA)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ALDOSTERONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
AMP CÍCLICO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ANDROSTENEDIONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
CALCITONINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
CORTISOL	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
CORTISOL LIVRE	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
CURVA INSULÍNICA (6 DOSAGENS)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
DOSAGEM DE LH OU FSH COM OU SEM TESTE DE ESTÍMULO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ERITROPOIETINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

ESTRADIOL	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ESTRIOL	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ESTROGÊNIOS TOTAIS (FENOLESTERÓIDES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ESTRONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
GASTRINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
GLUCAGON	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (VASOPRESSINA)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (HGH)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO GONADOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
IGFBP3, PROTEÍNA DE LIGAÇÃO AO FATOR DE CRESCIMENTO SEMELHANTE À INSULINA - 3	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
INSULINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
MACROPROLACTINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
N-TELOPEPTÍDEO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
OSTEOCALCINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
PARATORMÔNIO - PTH	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
PEPTÍDEO C	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
PREGNANDIOL	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
PROGESTERONA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
PROLACTINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
RENINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
SOMATOMEDINA C (IGF1)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
T3 LIVRE	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

T3 RETENÇÃO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

T3 REVERSO	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
T4 LIVRE	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS TRH	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TESTE DE ESTÍMULO DO TSH APÓS TRH	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TESTE DIAGNÓSTICO DO DIABETES INSÍPIDUS (TESTE DE PRIVAÇÃO HÍDRICA, SEGUIDO DE ADMINISTRAÇÃO DE DESMOPRESSINA (DDAVP) E INFUSÃO DE SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA (3%))	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TESTOSTERONA LIVRE	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TESTOSTERONA TOTAL	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TIREOGLOBULINA	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TIROXINA (T4)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
TRIIODOTIRONINA (T3)	ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL
ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR ANTI-RECEPTOR	IMUNOLOGIA
ACETILCOLINA, ANTICORPOS LIGADOR ANTI-RECEPTOR	IMUNOLOGIA
ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR ANTI-RECEPTOR	IMUNOLOGIA
ADENOVÍRUS, IGG	IMUNOLOGIA
ADENOVÍRUS, IGM	IMUNOLOGIA
AQUAPORINA 4 (AQP4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
ANÁLISE DE MULTÍMEROS PARA PACIENTES COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND	IMUNOLOGIA
ANTI-ACTINA	IMUNOLOGIA
ANTICARDIOLIPINA - IGA / IGG / IGM	IMUNOLOGIA
ANTICENTRÔMERO	IMUNOLOGIA
ANTICOAGULANTE LÚPICO	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTIDIFTERIA	IMUNOLOGIA
ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	IMUNOLOGIA
ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTIENDOMÍSIO, IGA	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTIINSULINA	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCO	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTITÉTANO	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTITIREÓIDE (TIREOGLOBULINA)	IMUNOLOGIA
ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE - IGA	IMUNOLOGIA
ANTICORTEX SUPRA-RENAL	IMUNOLOGIA
ANTI-DNA	IMUNOLOGIA
ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	IMUNOLOGIA
ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	IMUNOLOGIA
ANTI-GAD	IMUNOLOGIA
ANTÍGENO AUSTRÁLIA (HBsAG)	IMUNOLOGIA
ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA)	IMUNOLOGIA
ANTÍGENOS DE ASPERGILLUS GALACTOMANNAN	IMUNOLOGIA

ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	IMUNOLOGIA
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	IMUNOLOGIA
ANTÍGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA	IMUNOLOGIA
ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGA / IGG	IMUNOLOGIA
ANTI-JO1	IMUNOLOGIA
ANTI-LA/SSB	IMUNOLOGIA
ANTI-LKM-1	IMUNOLOGIA
ANTIMEMBRANA BASAL	IMUNOLOGIA
ANTIMICROSSOMAL	IMUNOLOGIA
ANTIMITOCONDRIA	IMUNOLOGIA
ANTIMITOCONDRIA, M2	IMUNOLOGIA
ANTIMÚSCULO CARDÍACO	IMUNOLOGIA
ANTIMÚSCULO ESTRIADO	IMUNOLOGIA
ANTIMÚSCULO LISO	IMUNOLOGIA
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C	IMUNOLOGIA
ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P	IMUNOLOGIA
ANTIPARIETAL	IMUNOLOGIA
ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA (ANTI-TPO)	IMUNOLOGIA
ANTI-RNP	IMUNOLOGIA
ANTI-RO/SSA	IMUNOLOGIA
ANTI-Sm	IMUNOLOGIA
ASPERGILLUS, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
BETA-2-MICROGLOBULINA	IMUNOLOGIA
BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	IMUNOLOGIA
BORRELIOSE DE LYME - IGG	IMUNOLOGIA
BORRELIOSE DE LYME - IGM	IMUNOLOGIA
BRUCELA - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
C1Q	IMUNOLOGIA
CA 125	IMUNOLOGIA
CA 15-3	IMUNOLOGIA
CA 19-9	IMUNOLOGIA
CA 72-4	IMUNOLOGIA
CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA/LAMBDA, DOSAGEM, SANGUE	IMUNOLOGIA
CANDIDA ALBICANS, ANTICORPOS IGG E/ OU IGM E/ OU TOTAIS	IMUNOLOGIA
CAXUMBA, IGG E/OU IGM	IMUNOLOGIA
CHAGAS IGG / IGM	IMUNOLOGIA
CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
CHLAMYDIA PNEUMONIAE, IGG / IGM	IMUNOLOGIA
CHLAMYDIA PSITTACI, IGG / IGM	IMUNOLOGIA
CHLAMYDIA TRACHOMATIS, IGG / IGM	IMUNOLOGIA
CISTICERCOSE, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
CITOMEGALOVÍRUS IGG / IGM	IMUNOLOGIA
CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINAS A E B	IMUNOLOGIA
COMPLEMENTO C2	IMUNOLOGIA
COMPLEMENTO C3	IMUNOLOGIA
COMPLEMENTO C4	IMUNOLOGIA
COMPLEMENTO CH-100	IMUNOLOGIA
COMPLEMENTO CH-50	IMUNOLOGIA
COXSACKIE B, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
CRIOAGLUTININAS, DOSAGEM	IMUNOLOGIA
CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETROFORESE	IMUNOLOGIA

CRIOGLOBULINAS, PESQUISA	IMUNOLOGIA
CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS "IN VITRO" POR CONCANAVALINA, PHA OU POKEWEED	IMUNOLOGIA
DENGUE, IGG E/OU IGM	IMUNOLOGIA
DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RÁPIDO)	IMUNOLOGIA
DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RÁPIDO)	IMUNOLOGIA
ECHOVÍRUS, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE)	IMUNOLOGIA
ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE)	IMUNOLOGIA
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EA (ANTÍGENO PRECOCE), IGG	IMUNOLOGIA
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EBNA (ANTÍGENO NUCLEAR), IGG	IMUNOLOGIA
EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-VCA (ANTÍGENO DO CAPSÍDEO VIRAL), IGG E/OU IGM	IMUNOLOGIA
EQUINOCOCOSE, ANTICORPOS TOTAIS E/ OU IGG	IMUNOLOGIA
FATOR ANTINÚCLEO, (FAN)	IMUNOLOGIA
FATOR B (C3 ATIVADOR, C3A; C3 PROATIVADOR, C3PA)	IMUNOLOGIA
FATOR REUMATÓIDE	IMUNOLOGIA
FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX	IMUNOLOGIA
FILARIA SOROLOGIA	IMUNOLOGIA
GIARDIA, SOROLOGIA	IMUNOLOGIA
HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LÍQUIDOS ORGÂNICOS	IMUNOLOGIA
HELICOBACTER PYLORI - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HELICOBACTER PYLORI - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HELICOBACTER PYLORI - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HEPATITE A - ANTI-HAV, IGG / IGM	IMUNOLOGIA
HEPATITE B - ANTI-HBC, IGG (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGG) E/OU IGM (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGM)	IMUNOLOGIA
HEPATITE B - ANTI-HBE (ANTI-ANTÍGENO "E")	IMUNOLOGIA
HEPATITE B - ANTI-HBS (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	IMUNOLOGIA
HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E")	IMUNOLOGIA
HEPATITE B - HBSAG (ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE)	IMUNOLOGIA
HEPATITE C - ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HEPATITE D - ANTÍGENO PESQUISA E/OU DOSAGEM	IMUNOLOGIA
HEPATITE D - ANTI-HDV, IGG / IGM	IMUNOLOGIA
HEPATITE E - IGG/IGM	IMUNOLOGIA
HERPES SIMPLES - IGG E/OU IGM (VARICELA)	IMUNOLOGIA
HERPES ZOSTER - IGG / IGM (VARICELA)	IMUNOLOGIA
HISTONA, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
HISTOPLASMOSE, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
HIV - ANTÍGENO P24	IMUNOLOGIA
HIV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
HTLV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
IGA TOTAL	IMUNOLOGIA
IGD	IMUNOLOGIA
IGE TOTAL	IMUNOLOGIA
IGE POR ALÉRGENO	IMUNOLOGIA
IGE POR GRUPO ESPECÍFICO	IMUNOLOGIA
IGG TOTAL	IMUNOLOGIA

IGG SUBCLASSES (1, 2, 3, 4)	IMUNOLOGIA
IGM TOTAL	IMUNOLOGIA
IMUNOELETROFORESE, PROTEÍNAS SÉRICAS	IMUNOLOGIA
IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA OU INDIRETA (ANTIFÍGADO)	IMUNOLOGIA
INIBIDOR DE C1 ESTERASE	IMUNOLOGIA

LEGIONELLA - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
LEISHMANIOSE - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
LEPTOSPIROSE - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO	IMUNOLOGIA
LINFÓCITOS T "HELPER" (CD-4+), CONTAGEM	IMUNOLOGIA
LINFÓCITOS T SUPRESSORES (CD-8+), CONTAGEM	IMUNOLOGIA
LISTERIOSE, ANTICORPOS	IMUNOLOGIA
MALÁRIA - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG E IGM	IMUNOLOGIA
MONONUCLEOSE, ANTICORPOS HETERÓFILOS	IMUNOLOGIA
NITROBLUE TETRAZOLIUM (NBT), TESTE DO, ESTIMULADO E ESPONTÂNEO	IMUNOLOGIA
PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG	IMUNOLOGIA
PARVOVÍRUS B19, IGG /IGM	IMUNOLOGIA
PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	IMUNOLOGIA
PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
PROTEINASE 3, ANTICORPO	IMUNOLOGIA
C4D FRAGMENTO	IMUNOLOGIA
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	IMUNOLOGIA
PPD (TUBERCULINA), IDeR	IMUNOLOGIA
PROTEÍNA C REATIVA	IMUNOLOGIA
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	IMUNOLOGIA
RUBÉOLA - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
SARAMPO - ANTICORPOS IGG / IGM	IMUNOLOGIA
SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG OU ANTICORPOS TOTAIS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
SCHISTOSOMA MANSONI - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
SÍFILIS - FTA-Abs-IgG	IMUNOLOGIA
SÍFILIS - FTA-ABS-IGM	IMUNOLOGIA
SÍFILIS - TPHA	IMUNOLOGIA
SÍFILIS - VDRL (SOROLOGIA PARA LUES)	IMUNOLOGIA
TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	IMUNOLOGIA
TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	IMUNOLOGIA
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	IMUNOLOGIA
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE ALTA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	IMUNOLOGIA
TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR)	IMUNOLOGIA
TOXOCARA CANIS - IGG / IGM	IMUNOLOGIA
TOXOPLASMOSE - IGA	IMUNOLOGIA
TOXOPLASMOSE - IGG/IGM	IMUNOLOGIA
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, IGG E/OU IGM	IMUNOLOGIA
VÍRUS ZIKA - IGM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA

VÍRUS ZIKA - IGG (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA
WAALER-ROSE (FATOR REUMATÓIDE)	IMUNOLOGIA
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HCV)	IMUNOLOGIA
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	IMUNOLOGIA
WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTLV)	IMUNOLOGIA
ZAP-70	IMUNOLOGIA
ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
AMINOÁCIDOS NO LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ANTICORPO ANTIESPERMATOZÓIDE	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
BIOQUÍMICA LCR (PROTEÍNAS + GLICOSE + CLORO; E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: LACTATO E LDH -LACTATO DESIDROGENASE)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
CÉLULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECÍFICA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
CÉLULAS, PESQUISA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS (CITOLOGIA ONCÓTICA)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
CLEMENTS, TESTE	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
CRYPTOCOCCUS, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS NO LÍQUOR, COM CONCENTRAÇÃO	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ESPECTROFOTOMETRIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
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	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ESPERMOGRAMA (CARACTERES FÍSICOS, PH, FLUIDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)

FOSFOLIPÍDIOS (RELAÇÃO LECITINA/ESFINGOMIELINA), AVALIAÇÃO DA MATURIDADE PULMONAR FETAL	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS A, B, C, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG (DOSAGEM DE ALBUMINA E IGG EM SORO E LÍQUOR)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
LCR, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA, AGLUTINAÇÃO PELO LÁTEX PARA BACTÉRIAS, E, A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, PESQUISA E CULTURA DE MICOBACTÉRIAS E CRYPTOCOCCUS)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
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)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CITOLOGIA; LÍQUIDO AMNIÓTICO, CREATININA.	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
MATURIDADE PULMONAR FETAL - QUALQUER TÉCNICA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS NO LÍQUOR POR ISOFOCALIZAÇÃO	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
PROTEÍNA MIELINA BÁSICA, ANTICORPOS	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
RAGÓCITOS, PESQUISA	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FÍSICOS, CITOLOGIA, PROTEÍNAS, ÁCIDO ÚRICO, FATOR REUMATÓIDE, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA E ANAERÓBICA)	LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)
ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) PARA MICOBACTÉRIAS	MICROBIOLOGIA
ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS E/OU AERÓBICAS	MICROBIOLOGIA
ANTIFUNGIGRAMA	MICROBIOLOGIA
B.A.A.R. (BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE), PESQUISA	MICROBIOLOGIA
BACILO DE HANSEN, PESQUISA PCR	MICROBIOLOGIA
BACTERIOSCOPIA, PELO MÉTODO DE GRAM OU SIMILAR	MICROBIOLOGIA
BORDETELLA PERTUSSIS, CULTURA	MICROBIOLOGIA
CHLAMYDIA, CULTURA	MICROBIOLOGIA

CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA DO ANTÍGENO	MICROBIOLOGIA
CRYPTOSPORIDIUM, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	MICROBIOLOGIA
CULTURA BACTERIANA QUANTITATIVA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS)	MICROBIOLOGIA
CULTURA DE FEZES, INCLUI PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE: SALMONELLA, SHIGELLA, ESCHERICHIA COLI (ENTEROPATOGÊNICA, ENTEROINVASORA E ENTERO-HEMORRÁGICA) E CAMPYLOBACTER	MICROBIOLOGIA
CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	MICROBIOLOGIA
CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	MICROBIOLOGIA
CULTURA PARA BACTÉRIAS COM SISTEMA AUTOMATIZADO DE IDENTIFICAÇÃO BACTERIANA	MICROBIOLOGIA
CULTURA PARA FUNGOS	MICROBIOLOGIA
CULTURA PARA MICOBACTÉRIAS	MICROBIOLOGIA
CULTURA PARA VÍRUS: ENTEROVÍRUS, HERPESVÍRUS, VÍRUS INFLUENZA A & B, VÍRUS PARAINFLUENZA TIPOS 1, 2, 3, ADENOVÍRUS, VÍRUS VARICELA-ZOSTER, CITOMEGALOVÍRUS, E VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	MICROBIOLOGIA
ESTREPTOCOCO DO GRUPO A, DETECÇÃO RÁPIDA DE ANTÍGENO	MICROBIOLOGIA
EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	MICROBIOLOGIA
FILÁRIA, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
FUNGOS, EXAME MICROSCÓPICO DIRETO	MICROBIOLOGIA
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA BACTÉRIAS	MICROBIOLOGIA
HEMOCULTURA PARA BACTÉRIAS	MICROBIOLOGIA
LEISHMANIA, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
LEPTOSPIRA, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	MICROBIOLOGIA
MICOPLASMA E UREAPLASMA, CULTURA	MICROBIOLOGIA
MICROSPORÍDIA, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	MICROBIOLOGIA
PLASMÓDIO, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
ROTAVÍRUS, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
SARCOPTES SCABIEI, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS POR MÉTODO DA CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA (MIC)	MICROBIOLOGIA
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE	MICROBIOLOGIA
TREPONEMA PALLIDUM, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO	MICROBIOLOGIA
TRYPANOSOMA CRUZII, PESQUISA	MICROBIOLOGIA
VIBRIO CHOLERAE, CULTURA	MICROBIOLOGIA
ÁCIDO HOMOGENTÍSICO	URINÁLISE
ALCAPTONÚRIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	URINÁLISE
CÁLCULOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUÍMICA	URINÁLISE
CATECOLAMINAS URINÁRIAS, FRACIONAMENTO (DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA)	URINÁLISE
CISTINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM	URINÁLISE
CISTINÚRIA, PESQUISA	URINÁLISE
COPROPORFIRINAS URINÁRIAS, ISÔMEROS I E III	URINÁLISE
CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA	URINÁLISE
DISMORFISMO ERITROCITÁRIO, PESQUISA	URINÁLISE
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS	URINÁLISE
FENILCETONÚRIA, PESQUISA	URINÁLISE
HISTIDINA, PESQUISA	URINÁLISE
LIPÓIDES BIRREFRINGENTES, PESQUISA	URINÁLISE
MELANINA, PESQUISA	URINÁLISE
METANEFRINAS URINÁRIAS, DOSAGEM	URINÁLISE

MICROALBUMINÚRIA	URINÁLISE
MIOGLOBINA, DOSAGEM OU PESQUISA	URINÁLISE
OSMOLALIDADE, DETERMINAÇÃO	URINÁLISE
PESQUISA DE SULFATÍDEOS E MATERIAL METACROMÁTICO NA URINA	URINÁLISE
PORFOBILINOGÊNIO	URINÁLISE
PORFOBILINOGÊNIO, QUANTITATIVO	URINÁLISE
PROTEÍNA DE BENCE JONES, QUANTITATIVA (CADEIAS LEVES LIVRES, KAPPA E LAMBDA, URINA)	URINÁLISE
PROVA DE CONCENTRAÇÃO URINÁRIA COM RESTRIÇÃO HÍDRICA E ACETATO DE DESMOPRESSINA (DDAVP)	URINÁLISE
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)	URINÁLISE
UROPORFIRINAS, DOSAGEM	URINÁLISE
EXAME DA BILE E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FÍSICOS E EXAME MICROSCÓPICO E PARASITOLÓGICO)	DIVERSOS
GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL PARA 60 MINUTOS E 4 AMOSTRAS APÓS O ESTÍMULO	DIVERSOS
PESQUISA DE EOSINÓFILOS EM MUCO NASAL	DIVERSOS
TESTE DE FUNÇÃO PANCREÁTICA APÓS ESTIMULAÇÃO PELA SECRETINA	DIVERSOS
TESTE DO SUOR, COM DOSAGEM DE CLORETO	DIVERSOS
2,5-HEXANODIONA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO HEXANO.	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO (PARA CHUMBO INORGÂNICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGÂNICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO FENILGLIOXÍLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TOLUENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO METILMALÔNICO, PESQUISA E/OU DOSAGEM	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO MANDÉLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO E AO ETILBENZENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO METIL-HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO XILENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO SALICÍLICO (SALICILATOS)	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TETRACLOROETILENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ARSÊNIO, CÁDMIO, COBALTO, CROMO, MANGANÊS, MERCÚRIO, NÍQUEL	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
CARBOXIHEMOGLOBINA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO OU DICLOROMETANO.	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
CHUMBO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
COLINESTERASE, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AOS INSETICIDAS ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

ETANOL	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
FENOL	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
FLÚOR E FLUORETOS	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
FORMALDEÍDO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
METANOL	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
METIL-ETIL-CETONA	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
P-AMINOFENOL, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO À ANILINA	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TRICLOROETANO E TRICLOROETILENO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ZINCO	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
ZINCOPROTOPORFIRINA	TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA
CHLAMYDIA TRACHOMATIS, DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO OU PCR; CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO.	BIOLOGIA MOLECULAR
CITOMEGALOVÍRUS - QUALITATIVO, POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
DETECÇÃO/TIPAGEM HERPES VÍRUS 1 E 2 NO LÍQUOR	BIOLOGIA MOLECULAR
FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
HEPATITE C - GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR OU BDNA	BIOLOGIA MOLECULAR
HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR OU BDNA	BIOLOGIA MOLECULAR
HIV - CARGA VIRAL POR PCR, NASBA OU BDNA	BIOLOGIA MOLECULAR
HIV - QUALITATIVO POR PCR	BIOLOGIA MOLECULAR
HIV, GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
HLA B27, FENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
HPV - TIPAGEM POR PCR	BIOLOGIA MOLECULAR
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) - DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO	BIOLOGIA MOLECULAR
HTLV-I, POR PCR	BIOLOGIA MOLECULAR
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECÇÃO POR PCR	BIOLOGIA MOLECULAR
PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
PROTEÍNA S TOTAL + LIVRE, DOSAGEM	BIOLOGIA MOLECULAR
SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
VÍRUS ZIKA - POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR
TRANSFUSÃO AMBULATORIAL	TRANSFUSÃO
TRANSFUSÃO HOSPITALAR	TRANSFUSÃO

PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA - INCLUI CITAFÉRESE/HEMAFÉRESE TERAPÊUTICA	PROCESSAMENTO
SANGRIA TERAPÊUTICA	PROCESSAMENTO
SANGUE TOTAL RECONSTITUÍDO PARA EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, PLAQUETAS OU GRANULÓCITOS) IRRADIADA	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE GRANULÓCITOS	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCODEPLETADA	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCORREDUZIDA	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (DUPLA CENTRIFUGAÇÃO)	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADA	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUZIDA	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	PROCESSAMENTO
UNIDADE DE PLASMA FRESCO CONGELADO	PROCESSAMENTO
AFÉRESE TERAPÊUTICA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
ANTI-HIV I E II POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
CONTAGEM DE CÉLULAS CD34 / CD45 POSITIVAS	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DETECÇÃO DE HEMOGLOBINAS ANORMAIS (INVESTIGAÇÃO DE HEMOGLOBINA S E DE OUTRAS HEMOGLOBINAS ANORMAIS NO DOADOR DE SANGUE)	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DOAÇÃO AUTÓLOGA COM RECUPERAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DOAÇÃO AUTÓLOGA PERI-OPERATÓRIA POR HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DOAÇÃO AUTÓLOGA PRÉ-OPERATÓRIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DOAÇÃO DE COMPONENTES POR AFÉRESE	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
DOENÇA DE CHAGAS - TESTE IMUNOENZIMÁTICO DE ALTA SENSIBILIDADE E IMUNOFLUORESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS: TIPIFICAÇÃO ABO E RH, PESQUISA DE D FRACO RH(D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA)	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR

FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
HEPATITE B - ANTI-HBC, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
HEPATITE B - HBSAG, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
HEPATITE C - ANTI-HCV, TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
HTLV I E II - TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCIAS, INCLUI TRATAMENTO ENZIMÁTICO (ELUIÇÃO E GEL)	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
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	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
INVESTIGAÇÃO DA PRESENÇA DE ANTI-A OU ANTI-B, EM SORO OU PLASMA DE NEONATO, COM MÉTODOS QUE INCLUAM UMA FASE ANTIGLOBULÍNICA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
MALÁRIA, PESQUISA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES NO SANGUE DO RECEPTOR	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTIERITROCITÁRIOS NATURAIS E IRREGULARES (ELUIÇÃO, A FRIO E GEL)	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
PLAQUETAS - PROVA CRUZADA	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
PROVA DE COMPATIBILIDADE ENTRE AS HEMÁCIAS DO DOADOR E O SORO DO RECEPTOR (PROVA DE COMPATIBILIDADE MAIOR)	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS: RETIPIFICAÇÃO ABO E RH DA BOLSA DE SANGUE	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
SÍFILIS - TESTE TREPONÊMICO OU NÃO-TREPONÊMICO	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
TESTE DE COOMBS DIRETO E INDIRETO - INCLUI PESQUISA DE ANTICORPOS E COMPLEMENTO	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA NO SANGUE DO RECEPTOR (SEM TIPAGEM REVERSA ATÉ 4 MESES DE IDADE);	EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR
CITOMEGALOVÍRUS APÓS TRANSPLANTE RIM OU DE MEDULA ÓSSEA POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	PROCEDIMENTOS

VÍRUS EPSTEIN BARR APÓS TRANSPLANTE RIM POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA	PROCEDIMENTOS
EXSANGUÍNEO TRANSFUSÃO	PROCEDIMENTOS
TRANSFUSÃO FETAL INTRA-UTERINA	PROCEDIMENTOS
CARIÓTIPO COM BANDAS, BIÓPSIA DE PELE OU OUTROS TECIDOS	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM BANDAS, MATERIAL DE ABORTO OU NATIMORTO	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM BANDAS, PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS, SANGUE PERIFÉRICO, TECIDOS LINFÓIDES E MEDULA ÓSSEA	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE FETAL	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE PERIFÉRICO	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM BANDAS, VILOSIDADES CORIÔNICAS	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMÁTIDES IRMÃS	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO COM TÉCNICAS DE ALTA RESOLUÇÃO (ESTUDO EM PROMETÁFASE)	CITOGENÉTICA
CARIÓTIPO PARA SÍNDROMES DE QUEBRAS CROMOSSÔMICAS, SANGUE PERIFÉRICO	CITOGENÉTICA
DETECÇÃO DE ANORMALIDADES DOS CROMOSSOMOS X OU Y (SANGUE PERIFÉRICO OU ESFREGAÇO DE MUCOSA BUCAL), POR FISH	CITOGENÉTICA
ESTUDO CITOGENÉTICO PARA DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS, DIVERSOS MATERIAIS	CITOGENÉTICA
ESTUDO DE ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)	CITOGENÉTICA
LÍQUIDO AMNIÓTICO, CARIÓTIPO COM BANDAS	CITOGENÉTICA
PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	CITOGENÉTICA
REARRANJO BCL6 3q27 (NHL) FISH	CITOGENÉTICA
REARRANJO 8q24 FISH (MEDULA ÓSSEA)	CITOGENÉTICA
REARRANJO 8q24 FISH (SANGUE)	CITOGENÉTICA
AMINOÁCIDOS URINÁRIOS OU PLASMÁTICOS, ANÁLISE QUANTITATIVA	GENÉTICA BIOQUÍMICA
AVALIAÇÃO DE RISCO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS E/OU DEFEITOS DE FECHAMENTO DE TUBO NEURAL	GENÉTICA BIOQUÍMICA
CARBOIDRATOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUALITATIVA	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA 1,4-ALFA-GLICOSIDASE EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-D-MANOSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS, SORO E FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-FUCOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-IDURONIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-N-ACETILGLICOSAMINIDASE EM SORO OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE A EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE B EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICURONIDASE EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ESFINGOMIELINASE EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA GALACTOCEREBROSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA HEXOSAMINIDASE A E TOTAL EM SORO, LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA

DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA IDURONATO 2-SULFATASE EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA N-ACETILGALACTOSAMINA-6-SULFATASE EM FIBROBLASTOS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM)	GENÉTICA BIOQUÍMICA
GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS, DOSAGEM QUANTITATIVA OU ANÁLISE QUALITATIVA	GENÉTICA BIOQUÍMICA
PORFIRINAS URINÁRIAS OU PLASMÁTICAS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO	GENÉTICA BIOQUÍMICA
TESTES DE ERROS INATOS DO METABOLISMO, QUALITATIVOS, NA URINA	GENÉTICA BIOQUÍMICA
TESTE DUPLO: 1 TRIMESTRE - PROTEÍNA A PLASMÁTICA ASSOCIADA À GESTAÇÃO (PAPP-A), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (BETA-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
TESTE DUPLO: 2 TRIMESTRE - ALFA-FETOPROTEÍNA (ALFA FP), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (BETA-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
TESTE QUÁDRUPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (ALFAFP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (BETA-HCG) E INIBINA COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
TESTE TRIPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (ALFA FP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (BETA-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	GENÉTICA BIOQUÍMICA
ALK - PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
ANÁLISE MOLECULAR DE DNA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
BCR/ABL, PESQUISA DE TRANSLOCAÇÃO	GENÉTICA MOLECULAR
BRAF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
CROMOSSOMO PHILADELFIA, PESQUISA	GENÉTICA MOLECULAR
EGFR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	GENÉTICA MOLECULAR
K-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
REARRANJO GÊNICO CÉLULAS B POR PCR	GENÉTICA MOLECULAR
REARRANJO GÊNICO CÉLULAS T POR PCR	GENÉTICA MOLECULAR
FLT3 - PESQUISA DE MUTAÇÕES (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	GENÉTICA MOLECULAR
TRANSLOCAÇÃO PML/RAR-a	GENÉTICA MOLECULAR
ANÁLISE DE DNA (CONTEÚDO E PLOIDIA) POR CITOMETRIA DE FLUXO	PROCEDIMENTOS

COLORAÇÕES ESPECIAIS, QUANDO NECESSÁRIAS AOS PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	PROCEDIMENTOS
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	PROCEDIMENTOS
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO), DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNO-HISTOQUÍMICAS	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO COLPOCITOLÓGICO HORMONAL SIMPLES OU SERIADO	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL PROVENIENTE DE BIÓPSIAS SIMPLES, PAAF, "IMPRINT" E "CELL-BLOCK"	PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES OU COMPLEXA	PROCEDIMENTOS
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	PROCEDIMENTOS
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	PROCEDIMENTOS
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	PROCEDIMENTOS
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	PROCEDIMENTOS
PD-L1 - DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO POR CONGELAÇÃO DURANTE ATO CIRÚRGICO	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS CIRÚRGICAS, DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLUORESCÊNCIA, DIRETA E INDIRETA	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUÍMICA	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS	PROCEDIMENTOS
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" OU HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" POR FLUORESCÊNCIA	PROCEDIMENTOS
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	PROCEDIMENTOS
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MASSAS, ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS
RECEPTOR DE ESTROGÊNIO, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO	PROCEDIMENTOS
RECEPTOR DE PROGESTERONA, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO	PROCEDIMENTOS
UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	PROCEDIMENTOS
ANGIOGRAFIA CAROTÍDIA (VIA FEMURAL)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO (INFARTO AGUDO)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM FLUORDEOXIGLICOSE (FDG-FLÚOR-18)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - REPOUSO	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
VENOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	CARDIOVASCULAR - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	DIGESTIVO - IN VIVO

CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS E SEMI-SÓLIDOS)	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	DIGESTIVO - IN VIVO
FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	DIGESTIVO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131 OU 123)	ENDÓCRINO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC)	ENDÓCRINO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	ENDÓCRINO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI)	ENDÓCRINO - IN VIVO
TESTE DE ESTÍMULO COM TSH RECOMBINANTE	ENDÓCRINO - IN VIVO
TESTE DE SUPRESSÃO DA TIREÓIDE COM T3	ENDÓCRINO - IN VIVO
TESTE DO PERCLORATO	ENDÓCRINO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO OU INIBIDOR DA ECA	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	GENITURINÁRIO - IN VIVO
DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR	GENITURINÁRIO - IN VIVO
DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	GENITURINÁRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
DEMONSTRAÇÃO DO SEQÜESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
DETERMINAÇÃO DA SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
DETERMINAÇÃO DO VOLUME ERITROCITÁRIO	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
DETERMINAÇÃO DO VOLUME PLASMÁTICO	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
TESTE DE ABSORÇÃO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING)	HEMATOLÓGICO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	MÚSCULO - ESQUELÉTICO - IN VIVO
FLUXO SANGÜÍNEO ÓSSEO	MÚSCULO - ESQUELÉTICO - IN VIVO

CINTILOGRAFIA CEREBRAL	NERVOSO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	NERVOSO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA (COM DIRETRIZ DE UTILZAÇÃO)	NERVOSO - IN VIVO
CISTERNOCINTILOGRAFIA	NERVOSO - IN VIVO
CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA	NERVOSO - IN VIVO
ESTUDO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO	NERVOSO - IN VIVO
FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	NERVOSO - IN VIVO
MIELOCINTILOGRAFIA	NERVOSO - IN VIVO
VENTRÍCULO-CINTILOGRAFIA	NERVOSO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
CINTILOGRAFIA DE MAMA	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
LINFOCINTILOGRAFIA	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
PET-CT ONCOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	RESPIRATÓRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	RESPIRATÓRIO - IN VIVO
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	RESPIRATÓRIO - IN VIVO
TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DE DOR ÓSSEA CAUSADA POR METÁSTASE COM SAMÁRIO-136 OU ESTRÔNCIO-90	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES)	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER)	TERAPIA - IN VIVO
TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS	TERAPIA - IN VIVO

IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	OUTROS - IN VIVO
AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	RADIOGRAFIAS
ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO, SELETIVO OU SUPERSELETIVO	RADIOGRAFIAS
ANGIOGRAFIA POR PUNÇÃO	RADIOGRAFIAS
ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO	RADIOGRAFIAS
AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNÇÃO TRANSLOMBAR	RADIOGRAFIAS
ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA	RADIOGRAFIAS
AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA POR CATETERISMO (AFERIMENTO DE PRESSÃO OU FLUXO ARTERIAL OU VENOSO)	RADIOGRAFIAS
CAVERNOSOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	RADIOGRAFIAS
COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA	RADIOGRAFIAS
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (PELO DRENO)	RADIOGRAFIAS
COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	RADIOGRAFIAS
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA	RADIOGRAFIAS
DACRIOCISTOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
DEFECOGRAMA	RADIOGRAFIAS
DEGLUTOGRAMA OU VIDEODEGLUTOGRAMA	RADIOGRAFIAS
DENSITOMETRIA ÓSSEA - QUALQUER SEGMENTO	RADIOGRAFIAS
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	RADIOGRAFIAS
ESCANOMETRIA	RADIOGRAFIAS
ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTÂNEA	RADIOGRAFIAS
ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	RADIOGRAFIAS
FÁRMACO-CAVERNOSOGRAFIA (DINÂMICA)	RADIOGRAFIAS
FISTULOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
FLEBOGRAFIA POR PUNÇÃO VENOSA	RADIOGRAFIAS
FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO	RADIOGRAFIAS
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
LINFANGIOADENOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
MAMOGRAFIA CONVENCIONAL	RADIOGRAFIAS
MAMOGRAFIA DIGITAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	RADIOGRAFIAS
MIELOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
MORFOMETRIA DIGITAL (COLUNA OU FÊMUR)	RADIOGRAFIAS
PIELOGRAFIA ASCENDENTE	RADIOGRAFIAS
PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	RADIOGRAFIAS
PLANIGRAFIA DE OSSO	RADIOGRAFIAS
PLANIGRAFIA DE TÓRAX, MEDIASTINO OU LARINGE	RADIOGRAFIAS
PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU FACE OU MASTÓIDE	RADIOGRAFIAS
PNEUMOMIELOGRAFIA SEGMENTAR	RADIOGRAFIAS
PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA	RADIOGRAFIAS
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ADENÓIDES OU CAVUM	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARCOS ZIGOMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	RADIOGRAFIAS

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	RADIOGRAFIAS

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE BACIA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO-LOMBAR	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL (TELESPONDILOGRAFIA)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COSTELAS	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE COXA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO - HIATO - ESTÔMAGO E DUODENO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE JOELHO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO (PARTES MOLES)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE MANDÍBULA/MAXILA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE MÃO OU QUIRODÁCTILO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ÓRBITAS	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE ORELHA, MASTÓIDES OU ROCHEDOS	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE PATELA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE PÉ OU PODODÁCTILO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE PERNA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE PUNHO	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCIX	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA DE TÓRAX	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA OCLUSAL	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES	RADIOGRAFIAS
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RADIOGRAFIAS
LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO)	RADIOGRAFIAS
RADIOSCOPIA DIAGNÓSTICA	RADIOGRAFIAS
RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	RADIOGRAFIAS
SIALOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
TESTE DE OCLUSÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL	RADIOGRAFIAS
TOMOGRAFIA RENAL	RADIOGRAFIAS
TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO APARELHO DIGESTIVO	RADIOGRAFIAS

URETROCISTOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E PÓS-MICCIONAL	RADIOGRAFIAS
UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAFIA	RADIOGRAFIAS
UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	RADIOGRAFIAS
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE OSTEOMA OSTEÓIDE	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ANGIOPLASTIA EM ENXERTOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS COM OU SEM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM USO DE DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO EMBÓLICA DISTAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
CATETERISMO ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE STENT EM TRAQUÉIA OU BRÔNQUIO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE STENT ESOFAGIANO, INTESTINAL OU RETAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE STENT RENAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO DE STENT VASCULAR (ARTERIAL OU VENOSO)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELOVESICAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICIAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE CONDUTO URINÁRIO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREÁTICO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DISCOGRAFIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM

DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO RENAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO ABDOMINAL, RETROPERITONEAL, PÉLVICA ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PULMONAR OU MEDIASTINAL ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE PNEUMOTÓRAX	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR IMAGEM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLÓGICO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR - QUALQUER LOCALIZAÇÃO (EXCETO PARA ARTÉRIA UTERINA)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM

EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUAÇÃO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUAÇÃO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DE FÍSTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATÚRIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE CISTO PANCREÁTICO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES VENOSAS	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE NÓDULOS BENIGNOS DIRIGIDA OU NÃO POR RX, US, TC, RM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
EXÉRESE PERCUTÂNEA DE TUMOR ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM ANEURISMA OU DISSECÇÃO DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX OU US	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS-DRENAGEM ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
PIELOGRAFIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR MÉTODOS DE IMAGEM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
PUNÇÃO ASPIRATIVA OU BIÓPSIA ORIENTADA POR IMAGEM	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
QUIMIOTERAPIA POR CATETER	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COM ISOLAMENTO PROTETOR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM

REPERMEABILIZAÇÃO/RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX, US OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA)	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO PORTAL	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
TRAQUEOTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
TRATAMENTO DO VASOESPASMO	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
TROMBECTOMIA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA	MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIS	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELÍACO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS (INCLUI CORAÇÃO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO PENIANO COM OU SEM FÁRMACO-INDUÇÃO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIORES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DUPLEX SCAN VASCULAR PERIFÉRICO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITÁRIO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO/ESTRESSE FÍSICO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ESTUDO DE VASO COM DOPPLER PULSADO CONTÍNUO CONVENCIONAL	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA OCULAR	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME INFERIOR FEMININO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME INFERIOR MASCULINO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR COM OU SEM DOPPLER COLORIDO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DE RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA - PELE E SUBCUTÂNEO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA OCULAR	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL/ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CONVENCIONALCOM OU SEM DOPPLER COLORIDO	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA ENDOVAGINAL	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA - PEÇA CIRÚGICA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA EXTRACARDÍACA	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA
DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATÓRIO	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATÓRIO - TRANSESOFÁGICO OU EPICÁRDICO	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
PUNÇÃO VASCULAR ORIENTADA POR US	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
REDUÇÃO DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL POR ENEMA, ORIENTADA POR US	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (COM AMNIOCENTESE, BIÓPSIA OU PUNÇÃO ASPIRATIVA)	ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA
ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA (EXCLUI TOMOGRAFIA MULTISLICE)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACROILÍACA, COXOFEMORAL, JOELHO OU PÉ)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA/MAXILA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU ORELHAS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA OU PÉ)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA
PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR TC	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA

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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FETAL	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
IRRADIAÇÃO DE MEIO-CORPO	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
PROFILAXIA/TERAPIA DE GINECOMASTIA (HOMEM SOB HORMONIOTERAPIA)	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOCIRURGIA (POR ESTEREOTAXIA OU GAMA-KNIFE)	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA ANTI-INFLAMATÓRIA	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA TUMORES DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL - PARA CABEÇA E PESCOÇO, SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC), MAMA, TORÁX, ABDOME E PELVE	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM FÓTONS E ELÉTRONS	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM UNIDADE DE TELECOBALTO	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR SÓ COM FÓTONS	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA DE HEMANGIOMA	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM
BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD)
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD)
BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD)
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD)
BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL	BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD)
BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA	BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD)
BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA	BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD)
BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO	BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD)
RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE	RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM
ROENTGENTERAPIA	RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM
BETATERAPIA OFTÁLMICA	BETATERAPIA
BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO	BETATERAPIA
ANESTESIA (INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
ANESTESIA (INSERÇÃO DE CATETERES)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

ANESTESIA PARA RADIOTERAPIA EXTERNA	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
COLIMAÇÃO	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
FILMES DE VERIFICAÇÃO	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
IMOBILIZADOR DE CABEÇA E PESCOÇO E MEMBROS	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
IMOBILIZADOR DE TÓRAX, ABDOME E PÉLVIS	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
INSERÇÃO DOS CATETERES	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
PLANEJAMENTO COMPLEXO (COM COMPUTADOR)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
PLANEJAMENTO SIMPLES (SEM COMPUTADOR)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
SIMULAÇÃO COMPLEXA (COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
SIMULAÇÃO INTERMEDIÁRIA (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E COM CONTRASTE)	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
SIMULAÇÃO SIMPLES (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA OCULAR	PROCEDIMENTOS
ANGIOGRAFIA OCULAR COM INDOCIANINA VERDE	PROCEDIMENTOS
AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS	PROCEDIMENTOS
AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA	PROCEDIMENTOS
BIOIMPEDANCIOMETRIA	PROCEDIMENTOS
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	PROCEDIMENTOS
BIÓPSIA	PROCEDIMENTOS
BIÓPSIA DO VILO CORIAL	PROCEDIMENTOS
CALORIMETRIA INDIRETA	PROCEDIMENTOS
CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA	PROCEDIMENTOS
CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL	PROCEDIMENTOS
CAVERNOSOMETRIA	PROCEDIMENTOS
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	PROCEDIMENTOS

COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL	PROCEDIMENTOS
COLETA DE RASPADO DÉRMICO EM LESÕES E SÍTIOS ESPECÍFICOS PARA BACILOSCOPIA	PROCEDIMENTOS
COLPOSCOPIA, VULVOSCOPIA, PENISCOPIA, ANUSCOPIA	PROCEDIMENTOS
CORDOCENTESE	PROCEDIMENTOS
CURVA TENSIONAL OCULAR DIÁRIA	PROCEDIMENTOS
DERMATOSCOPIA / FOTODERMATOSCOPIA (EXCETO PARA MAPEAMENTO CORPORAL)	PROCEDIMENTOS
DOPPLERMETRIA DOS CORDÕES ESPERMÁTICOS	PROCEDIMENTOS
EREÇÃO FÁRMACO-INDUZIDA	PROCEDIMENTOS
ESPIROMETRIA FORÇADA - VOLUMES E FLUXOS MÁXIMOS (COM/SEM Bd)	PROCEDIMENTOS
ESTÉREO-FOTO DE PAPILA	PROCEDIMENTOS
ESTESIOMETRIA	PROCEDIMENTOS
EXAME A FRESCO DO CONTEÚDO VAGINAL E CERVICAL	PROCEDIMENTOS
EXAME DE MOTILIDADE OCULAR - TESTE ORTÓPTICO	PROCEDIMENTOS
EXAME MICOLÓGICO - CULTURA E IDENTIFICAÇÃO DE COLÔNIA	PROCEDIMENTOS

EXAME MICOLÓGICO DIRETO	PROCEDIMENTOS
GONIOSCOPIA OCULAR	PROCEDIMENTOS
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	PROCEDIMENTOS
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRÁFICO	PROCEDIMENTOS
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRÁFICO	PROCEDIMENTOS
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRÁFICO	PROCEDIMENTOS
INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA SEM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA)	PROCEDIMENTOS
MAPEAMENTO DE RETINA - OFTALMOSCOPIA INDIRETA	PROCEDIMENTOS
MEDIDA DE PRESSÃO HEPÁTICA	PROCEDIMENTOS
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	PROCEDIMENTOS
OFTALMODINAMOMETRIA	PROCEDIMENTOS
OXIMETRIA NÃO INVASIVA	PROCEDIMENTOS
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	PROCEDIMENTOS
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	PROCEDIMENTOS
PRESSÃO ARTERIAL PENIANA	PROCEDIMENTOS
RETINOGRAFIA	PROCEDIMENTOS
TESTE DA HISTAMINA	PROCEDIMENTOS
TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO	PROCEDIMENTOS
TESTE DE EQUILÍBRIO PERITONEAL (PET)	PROCEDIMENTOS
TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR PRÉ E PÓS)	PROCEDIMENTOS
TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRÉ E PÓS)	PROCEDIMENTOS
TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL	PROCEDIMENTOS
TESTE DE HUHNER	PROCEDIMENTOS
TESTE DE MITSUDA	PROCEDIMENTOS
TESTE DE PRÓTESE AUDITIVA	PROCEDIMENTOS
TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES	PROCEDIMENTOS
TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCÍCIO	PROCEDIMENTOS
TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA	PROCEDIMENTOS
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS (POEIRA, ALIMENTOS, FUNGOS, INSETOS, PÓLENS, LÁTEX OU EPITÉLIO DE ANIMAIS)	PROCEDIMENTOS
TESTES DE CONTATO (BATERIA PADRÃO, COSMÉTICOS, CAPILAR, UNHAS, REGIONAL, MEDICAMENTOS E ALÉRGENOS OCUPACIONAIS)	PROCEDIMENTOS
TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZAÇÃO (BATERIA PADRÃO, COSMÉTICOS, CAPILAR, UNHAS, REGIONAL, MEDICAMENTOS E ALÉRGENOS OCUPACIONAIS)	PROCEDIMENTOS
TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR)	PROCEDIMENTOS
TESTE DE FLUXO SALIVAR	PROCEDIMENTOS
TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM NATO (TESTE DO OLHINHO)	PROCEDIMENTOS
TESTES VESTIBULARES (COM OU SEM PROVA CALÓRICA, COM OU SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA)	PROCEDIMENTOS
TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA, COM OU SEM PROVAS CALÓRICAS	PROCEDIMENTOS
TONOMETRIA	PROCEDIMENTOS
TRICOGRAMA PARA DERMATOLOGIA / MINERALOGRAMA PARA TOXICOLOGIA (EXCLUI MEDICINA ORTOMOLECULAR)	PROCEDIMENTOS
URODINÂMICA COMPLETA	PROCEDIMENTOS
UROFLUXOMETRIA	PROCEDIMENTOS
VISÃO SUBNORMAL	PROCEDIMENTOS

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

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 ingesta, 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.

2. Cobertura obrigatória para pacientes assintomáticos, de qualquer idade, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios abaixo:

a. História de irmã(o) afetado por defeito de beta-oxidação dos ácidos graxos ou acilcarnitinas;

b. História de irmã(o) com morte súbita de etiologia não definida;

c. História de mãe ter apresentado, durante a gestação do paciente, síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas aumentadas e baixa contagem de plaquetas) ou Fígado Gorduroso Agudo da Gravidez.

Método de análise espectrometria de massas em tandem qualitativo e quantitativo.

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

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.

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 cognitivBos;

b - ausência de avaliação audiológica básica prévia.

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 À VÁCUO GUIADA POR RAIO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA)

1. Cobertura obrigatória para avaliação de lesões/alterações com categoria BI-RADS 4 ou 5, quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

a. Lesões/alterações não palpáveis, de qualquer tamanho;

b. Lesões/alterações palpáveis de até 1,5 cm;

c. Lesões/alterações palpáveis maiores do que 1,5 cm, quando houver dúvida diagnóstica após a biópsia de fragmentos (core biopsy).

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 - blefaroespasmo;

b - distonia laríngea;

c - espasmo hemifacial;

d - distonia cervical;

e - distonia oromandibular;

f - câimbra do escrivão.

Grupo II

a - gravidez ou amamentação;

b - hipersensibilidade à toxina botulínica ou a um de seus componentes;

c - doença neuromuscular associada (por exemplo: doenças do neurônio motor, miastenia gravis);

d - uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo: aminoglicosídeos);

e - presença provável de anticorpos contra a toxina botulínica, definida por perda de resposta terapêutica, após um determinado número de aplicações, em paciente com melhora inicial;

f - perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea.

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 Modifcada);

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, aminoglicosídios ou espectiomicina);

h - impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e de manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

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 história familiar de DAC precoce);

b - pacientes com evidência de aterosclerose documentada por exames complementares;

c - Escore de Framingham indicando risco maior ou igual a 20% de eventos em 10 anos.

9. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na investigação de pacientes com revascularização miocárdica prévia (cirúrgica ou percutânea) quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a - presença de resultados sub-ótimos ou complicações durante o procedimento, para definição de isquemia residual;

b - recorrência dos sintomas ou equivalentes isquêmicos como dispnéia, síncope ou arritmia ventricular após revascularização;

c - estratificação de risco do paciente após revascularização.

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

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 concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

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.

Grupo II

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.

12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

1. 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 - seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão.

Grupo II

a - quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

b - em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

13. CIRURGIA REFRATIVA - 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.

OBS: É obrigatória a cobertura da cirurgia refrativa em ambos os olhos, nos casos em que apenas um olho possui o grau de miopia ou hipermetropia dentro dos limites estabelecidos na DUT, desde que o limite de segurança superior seja respeitado para ambos os olhos.

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.

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. ABDOMINOPLASTIA

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).

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.

c - avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID 19).

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 - paciente com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático); ou

b - pacientes com trombose em sítios não usuais; ou

c - pacientes com parente de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão) com história familiar documentada (teste genético comprobatório) de trombofilia hereditária; ou

d - pacientes com história de trombose recorrente, definida como trombose em sítios diferentes, com intervalo superior a 3 meses, na vigência ou não de anticoagulação, documentada por exame de imagem.

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, quando preenchido um dos critérios de idade listados no Grupo I e um dos critérios clínicos listados no Grupo II e nenhum critério listado no Grupo III:

Grupo I

a. Pacientes maiores de 18 anos;

b. Pacientes entre 16 e 18 anos, com escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade e epífises de crescimento consolidadas.

Grupo II

a. Índice de Massa Corpórea (IMC) de 35 Kg/m2a 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) com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;

b. IMC de 40 Kg/m2a 49,9 Kg/m2, com ou sem co-morbidades; com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;

c. IMC igual ou maior do que 50 Kg/m2.

Grupo III

a. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas;

b. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco benefício;

d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprerrenal não tratada e tumores endócrinos.

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 enfuvurtida (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 neurossensorial, 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 neurossensorial, 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 neurossensorial 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 neurossensorial 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) maior que 300 um.

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 arrítmica.

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.

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 - 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-síncopes, síncopes, 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 síncopes pré-síncopes 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 síncopes ou pré-síncopes 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 síncopes, pré-síncopes 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 síncopes, pré-síncopes 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.

7. Síncope Neuro-Mediadas. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

a - marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncopes 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-síncopes, síncopes, 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 síncopes pré-síncopes 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 síncopes ou pré-síncopes 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 síncopes, pré-síncopes 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 síncopes, pré-síncopes ou tonturas sem causa determinada;

pacientes assintomáticos com intervalo HV > 100ms espontâneo;

c - 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 síncopes 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 £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 QRS³120 ms;

b. CF III ou IV ambulatorial, sem padrão de BRE, mas com QRS³150 ms.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE £35%, CFIII ou IV ambulatorial, em tratamento clínico otimizado, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, dependentes de marcapasso convencional (controle do ritmo ³ 95%) por ablação do nodo AV ou controle farmacológico do ritmo.

3. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE £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 síncopes (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.

2. Cobertura obrigatória para pacientes pós acidente vascular cerebral criptogênico ou ataque isquêmico transitório com causa indeterminada com suspeita de fibrilação atrial.

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. 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 em ambas as 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.

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:

a - prostatectomia realizada há pelo menos 12 meses;

b - níveis séricos de PSA <0,01 ng/ml nos últimos 12 meses ou <0,5 ng/ml para os casos em que o paciente foi submetido à radioterapia;

c - estado nutricional adequado (Albumina ^{3}3,5 g/dl e IMC > 22kg/m^{2});

d- possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária;

e - tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II

a - recidiva local da neoplasia;

b - baixa expectativa de vida;

c - história de alergia ao silicone;

d - doenças uretrais crônicas.

49. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA

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

50. K-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.

51. LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE

1 - 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.

2 - 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.

3 - Cobertura obrigatória de laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético.

52. MAMOGRAFIA DIGITAL

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

53. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL

1 - Cobertura obrigatória do procedimento quando o paciente apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

a - fibrilação atrial;

b - taquicardia ventricular sustentada na presença de cardiopatia estrutural;

c - taquicardia atrial reentrante na presença de doença atrial;

d - insucesso da ablação prévia ou recorrência de arritmia após ablação.

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.

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.

54.3- TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1 - Cobertura obrigatória de antidiarréico para pacientes com diarréia 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 oncológicos com dor relacionada à patologia ou a seu tratamento.

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.

1 - 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 ³ 38,30◦C ou ³38,0◦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.

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%)
Esquema Adulto: 1. Antagonista dos receptores NK1	Esquema Adulto: 1. Antagonista dos receptores NK1	Esquema Adulto: 1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida

2. Corticosteróides	2. Corticosteróides	
3. Antagonista do receptor 5-HT3	3. Antagonista do receptor 5-HT3	
Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2	Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2	Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2
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 alprazolan e/ou lorazepan 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

Cobertura obrigatória de metoclopramida e/ou dolasetrona e/ou ondansetrona e/ou granisetrona e/ou haloperidol e/ou dexametosana 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 epirrubicina mais ciclofosfamida	INJETÁVEL				5
Aldesleucina (>12MUI/m2)	INJETÁVEL			4	
Aldesleucina (=2MUI/m2)	INJETÁVEL		2		
Alemtuzumabe	INJETÁVEL			4	
Alfainterferona (<5MUI/m2)	INJETÁVEL	1			

Alfainterferona (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-Clorodeoxiadenosina)	INJETÁVEL	1			
Clofarabina	INJETÁVEL			3	
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

Epirrubicina (=90mg/ m2)	INJETÁVEL			3	
Epirrubicina (< 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			
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 - 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.

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.

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 (deaferentação, 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;

quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo;

d - 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;

h. pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV, de acordo com a Escala USP de Gravidade descrita abaixo;

i. pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV, de acordo com a Escala USP de Gravidade descrita abaixo;

j. pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas;

l. 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).

2. Cobertura obrigatória para pacientes com osteorradionecrose de mandíbula avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o paciente preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. O tratamento deve ser descontinuado caso o beneficiário preencha o critério do Grupo III:

Grupo I:

a - Osteorradionecrose avançada (classificação III de Notani) com envolvimento da mandíbula abaixo do canal dental inferior ou com fratura patológica ou com fistula oro-cutânea;

b - Osteorradionecrose refratária ao tratamento clínico e/ou cirúrgico, ou seja, persistência por tempo superior a 3 meses de exposição óssea e/ou necrose óssea e/ou necrose das partes moles após tratamento clínico e/ou cirúrgico.

Grupo II

a - Contraindicação ao tratamento cirúrgico para remoção do osso necrosado;

b - Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorrubicina;

c - Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico.

Grupo III

a - Consolidação da fratura óssea e cicatrização completa de partes moles.

3. Cobertura obrigatória para pacientes com cistite actínica avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o paciente preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e não preencher o critério do Grupo II. O tratamento deve ser descontinuado caso o beneficiário preencha pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

a - Cistite actínica RTOG (Esquema de Graduação de Morbidade Tardia por Radiação - RTOG/EORTC) grau 3 e 4;

b - Cistite actínica RTOG grau 2 refratária ao tratamento clínico-urológico;

c - Cistite actínica hemorrágica.

Grupo II

a - Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorrubicina.

Grupo III

a - Após melhora clínica e/ou cistoscópica;

b - Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico;

c - Interromper o tratamento se não houver resposta após a 30ª sessão.

4. Cobertura obrigatória para pacientes com Retite/Proctite Actínica avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o paciente preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e não preencher o critério do Grupo II. O tratamento deve ser descontinuado caso o beneficiário preencha pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I

a - Retite/proctite actínica RTOG grau 3 e 4;

b - Retite/proctite actínica RTOG grau 2 refratária ao tratamento clínico-proctológico.

Grupo II

a - Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorrubicina.

Grupo III

a - Após melhora clínica e/ou colonoscópica;

b - Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico;

c - Interromper o tratamento se não houver resposta após a 30ª sessão.

OBS: A ESCALA USP DE GRAVIDADE é uma escala de avaliação para tratamento com Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB). Os itens que compõe a tabela são para avaliação da gravidade do paciente.

Classificação da gravidade (G) em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos:

- G I < 10 pontos;

- G II - 11 a 20 pontos;

- G III - 21 a 30 pontos;

- G IV > 31 pontos.

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

(*) 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-CT ONCOLÓGICO

1 - Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico 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 de PET-CT Oncológico 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 de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a - câncer recidivado potencialmente ressecável;

b - c - CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;

recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

4 - Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico 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 de PET-CT Oncológico para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.

6 - Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico 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 de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a - no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor ^{3}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 de PET-CT Oncológico 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).

9 - Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de Tumores Neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

a - localização do tumor primário

b - detecção de metástases

c - detecção de doença residual, recorrente ou progressiva,

d - determinação da presença de receptores da somatostatina

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. paciente com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático); ou

b. pacientes com trombose em sítios não usuais; ou

c. pacientes com parente de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão) com história familiar documentada (teste genético comprobatório) de trombofilia hereditária; ou

d. pacientes com história de trombose recorrente, definida como trombose em sítios diferentes, com intervalo superior a 3 meses, na vigência ou não de anticoagulação, documentada por exame de imagem.

62. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA

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 no segmento analisado;

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 trigêmio, 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 - com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

64. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abemaciclibe	Mama	Tratamento de pacientes adultos com câncer de mama avançado ou metastático, com receptor hormonal positivo (HR positivo) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 negativo (HER2 negativo), em combinação com um inibidor da aromatase como terapia endócrina inicial; ou em combinação com fulvestranto como terapia endócrina inicial ou após terapia endócrina.
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.
Afatinibe	Pulmão	Primeira linha, para pacientes adultos, com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), com histologia de adenocarcinoma, localmente avançado ou metastático, com mutações no receptor do fator de crescimento epidermóide (EGFR), não tratados previamente com inibidores da tirosina quinase do EGFR.
Alectinibe	Pulmão	Tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK).
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.
Apalutamida	Prótata	Câncer de próstata não metastático resistente à castração.
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica.
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Capecitabina	Colorretal	Primeira Linha em câncer metastático.

	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.
Cabozantinibe	Rim	Tratamento do carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos após tratamento prévio com inibidor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF).
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.
Citrato de ixazomibe	Mieloma Múltiplo	Em combinação com Lenalidomida e Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos um tratamento anterior.
Cobimetinibe	Melanoma	Em combinação com Vemurafenibe, para o tratamento de pacientes com melanoma positivo para mutações BRAF bV600 irressecável ou metastático.
Dabrafenibe	Melanoma	Em combinação com Dimetilsulfóxido de trametinibe, para o tratamento adjuvante de pacientes com melanoma de estágio III com mutação BRAF V600, após ressecção completa.
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.
Crizotinibe	Pulmão	Tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) avançado que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK).
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe.
Dabrafenibe	Melanoma	Melanoma metastático ou irressecável com mutação do gene BRAF V600E.
Dietiletilbestrol	Mama	Casos paliativos.
	Próstata	Casos paliativos.
	Próstata	Adultos com câncer de próstata não metastático resistente à castração.
Enzalutamida	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel.
	Próstata	Metastático resistente à castração em adultos que são assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos após falha de terapia de privação androgênica.
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irressecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Esilato de nintedanibe	Pulmão	Em associação ao Docetaxel para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado, metastático ou recorrente, com histologia de adenocarcinoma, após primeira linha de quimioterapia à base de platina.

Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas.
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos.
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
Everolimus	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano.
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pâncreas.
	Estômago	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no estômago.
	Intestino	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no intestino.
	Pulmão	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pulmão.
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 irressecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica.
Ibrutinibe	Leucemia linfocítica crônica (LLC)/Linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC)	Tratamento de pacientes que apresentam leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC).
	Linfoma de células do manto (LCM)	Tratamento do linfoma de células do manto em pacientes que receberam no mínimo um tratamento anterior contendo rituximabe.
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 gastrintestinal (GIST)	Irressecável ou metastático.

	Tumor estromal gastrintestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco.
Lenalidomida	Mieloma múltiplo	Em combinação com Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo refratário recidivado (MMRR) que receberam ao menos um esquema prévio de tratamento.
		Em monoterapia para o tratamento de manutenção de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado que foram submetidos a transplante autólogo de células-tronco.
		Em terapia combinada*, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis a transplante. *Lenalidomida em combinação com Dexametasona (Rd); Lenalidomida em combinação com Melfalano e Prednisona seguida por tratamento de manutenção com Lenalidomida (MPR+R); Lenalidomida em combinação com Bortezomibe e Dexametasona (RVd).
	Síndrome mielodisplásica	Tratamento de pacientes com anemia dependente de transfusões decorrente de síndrome mielodisplásica de risco baixo ou intermediário-1, associada à anormalidade citogenética de deleção 5q, com ou sem anormalidades citogenéticas adicionais.
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+, após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol.
Lenvatinibe	Fígado	Tratamento de pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC), que não receberam terapia sistêmica anterior para doença avançada ou não ressecável.
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metástatico em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo.
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença.
	Ovário	Câncer Avançado.
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma 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 trofloblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença.

Midostaurina	LMA - Leucemia mielóide aguda	Em combinação com quimioterapia em primeira linha para pacientes com mutação de FLT3.

Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável.
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica (FC) ou em fase acelerada após falha ou intolerância a pelo menos uma terapia prévia, incluindo Imatinibe.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica recém-diagnosticada, com escore sokal de alto risco.
Osimertinibe	Pulmão	Tratamento de primeira linha de pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático, cujo tumor apresenta mutações de deleções do éxon 19 ou de substituição do éxon 21 (L858R) dos receptores do fator de crescimento epidérmico (EGFRS).
Palbociclibe	Mama	Tratamento do câncer de mama avançado ou metastático HR (receptor hormonal) positivo e HER2 (receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano) negativo, em combinação com inibidores de aromatase de terceira geração (anastrozol, letrozol ou exemestano) como terapia endócrina inicial em mulheres pós-menopausa; ou com fulvestranto em mulheres que receberam terapia prévia.
Pazopanibe	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha.
Regorafenibe	Fígado	Pacientes adultos com carcinoma hepatocelular (CHC) que tenham sido previamente tratados com Sorafenibe.
Ribociclibe	Mama	Tratamento de pacientes, com câncer de mama localmente avançado ou metastático, receptor hormonal (RH) positivo e receptor para o fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2) negativo, em combinação com um Inibidor de aromatase ou Fulvestranto. Em mulheres na pré ou perimenopausa, a terapia endócrina deve ser combinada com um agonista do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH).
Ruxolitinibe	Mielofibrose	Pacientes com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial.
Sorafenibe	Fígado	Hepatocarcinoma avançado em pacientes child A.
Sunitinibe, Malato de	Tumor estromal gastrintestinal (GIST)	Tumor estromal gastrintestinal (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 metástatico 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	Câncer de pulmão pequenas células nos casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha.

Trametinibe	Melanoma	Em combinação com dabrafenibe é indicado para o tratamento de pacientes com melanoma não ressecável ou metastático com mutação BRAF V600.
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão.
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600 do gene BRAF, primeira linha.
Venetoclax	LMA - Leucemia mielóide aguda	Em combinação com um Agente hipometilante ou em combinação com Citarabina em baixa dose, para o tratamento de pacientes recém-diagnosticados com LMA e que são inelegíveis para quimioterapia intensiva.
	LLC - Leucemia linfocítica crônica	Em combinação com Rituximabe, para o tratamento da leucemia linfocítica crônica (LLC) em pacientes que tenham recebido pelo menos uma terapia prévia.
Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não pequenas células.
	Mama	Carcinoma de mama.

65. TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

65.1 ARTRITE REUMATÓIDE

1. Cobertura obrigatória para pacientes com persistência da atividade da doença, conforme um índice ICAD (índices compostos da atividade de doença), após falha ao tratamento com o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDS), por, no mínimo, 3 meses cada um.

65.2 ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

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

a. Subtipos AIJ oligoarticular estendida, AIJ poliarticular, artrite relacionada a entesite, artrite psoriásica e artite indiferenciada:

- cobertura obrigatória para pacientes com atividade da doença, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de 3 meses.

b. Subtipo AIJ sistêmico:

- cobertura obrigatória para pacientes com atividade da doença, refratários ao tratamento convencional por 7 a 14 dias.

65.3 ESPONDILOARTRITE AXIAL RADIOGRÁFICA (ESPONDILITE ANQUILOSANTE) OU NÃO RADIOGRÁFICA

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

a. 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 2,1 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou igual ou maior do que 4 pela Escala Virtual Analógica (EVA) de dor, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e, nos pacientes com doença predominantemente periférica com ausência de resposta à sufassalazina ou ao metotrexato, por período de 6 meses.

65.4 ARTRITE PSORIÁSICA

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

a. pacientes com comprometimento periférico:

- presença de no mínimo três articulações dolorosas ou edemaciadas, ou uma ou mais articulações inflamadas, ou se o paciente não atingir cinco dos sete critérios avaliados no MDA (Minimal Disease Activity), após falha ao tratamento com pelo menos dois esquemas terapêuticos com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs) por, no mínimo, três meses cada um.

b. pacientes com comprometimento axial ou entesite:

- índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou maior que 2,1 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), ou se o paciente não atingir cinco dos sete critérios avaliados no MDA, após falha ao tratamento por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não esteroidais (AINEs).

65.5 PSORÍASE

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Adalimumabe, Etanercepte, Guselcumabe, Infliximabe, Ixequizumabe, Secuquinumabe ou Ustequinumabe para pacientes com psoríase moderada a grave, com falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia convencional (fototerapia e/ou terapias sintéticas sistêmicas), que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Índice da Gravidade da Psoríase por Área - PASI superior a 10;

b. Acometimento superior a 10% da superfície corporal;

c. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia - DLQI superior a 10;

d. Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10;

e. Psoríase palmo-plantar, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10;

f. Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistente ao tratamento convencional, associada a DLQI superior a 10.

65.6 DOENÇA DE CROHN

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

a. pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 221 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Crohn) ou igual ou maior que 8 pelo IHB (Índice de Harvey-Bradshaw), refratários ao uso de medicamentos imunossupressores ou imunomoduladores por um período mínimo de 6 semanas ou intolerantes ou na presença de contraindicação e /ou de efeitos colaterais ou em caso de falha na manutenção da remissão apesar do uso de azatioprina ou metotrexato. Em primeira linha de tratamento, nos casos de fístulas perianais complexas.

65.7 COLITE/RETROCOLITE ULCERATIVA

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Golimumabe, Infliximabe ou Vedolizumabe para tratamento da Colite/Retocolite Ulcerativa Moderada a Grave (escore completo de Mayo ^{3} 6 ou escore endoscópico de Mayo ^{3} 2) como terapia de indução e manutenção, após falha, refratariedade, recidiva ou intolerância à terapia sistêmica convencional.

65.8 HIDRADENITE SUPURATIVA

1. Cobertura obrigatória do medicamento Adalimumabe para pacientes adultos com hidradenite supurativa ativa moderada a grave que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos.

65.9 ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Benralizumabe ou Mepolizumab para o tratamento complementar da asma eosinofílica grave, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a. asma não controlada, apesar do uso de corticoide inalatório associado a beta 2 agonista de longa duração; e

b. contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/microlitro nos últimos 12 meses; e

c. uso contínuo de corticoide oral para controle da asma nos últimos 6 meses ou 3 ou mais exacerbações asmáticas necessitando de tratamento com corticoide oral no último ano.

65.10 ASMA ALÉRGICA GRAVE

1. Cobertura obrigatória do medicamento Omalizumabe para o tratamento complementar da asma alérgica grave, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a. asma não controlada, apesar do uso de corticoide inalatório associado a beta 2 agonista de longa duração; e

b. evidência de sensibilização a pelo menos um aeroalérgeno perene documentada por teste cutâneo de puntura ou dosagem de IgE sérica específica in vitro; e

c. IgE sérica total, antes do início do tratamento, maior ou igual a 30 UI/ml; e

d. uso contínuo de corticoide oral para controle da asma nos últimos 6 meses ou 3 ou mais exacerbações asmáticas necessitando de tratamento com corticoide oral no último ano.

65.11 URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA

1. Cobertura obrigatória do medicamento Omalizumabe para o tratamento da urticária crônica espontânea, definida pela ocorrência de urticas e/ou angioedema por um período maior do que 6 semanas, observados todos os critérios abaixo:

a. escore de atividade da urticária em 7 dias (UAS7) maior ou igual a 28; e

b. refratariedade ao tratamento com anti-histamínicos de segunda geração por, no mínimo, duas semanas; e

c. prescrição por dermatologista, imunologista ou alergista.

Observações:

- Caso não seja observada resposta terapêutica satisfatória até a 4ª dose, suspender o tratamento com Omalizumabe;

- Após a 6ª dose, suspender o tratamento com Omalizumabe para verificar se houve evolução para remissão espontânea. Caso a doença recorra após a suspensão, a critério do médico assistente, o tratamento com Omalizumabe poderá ser reiniciado.

65.12 UVEÍTE NÃO INFECCIOSA ATIVA

1. Cobertura obrigatória do medicamento Adalimumabe para paciente adulto com diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa ativa quando preenchido pelo menos um critério do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I:

a. tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;

b. contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos;

c. Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.

Grupo II:

a. suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;

b. contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;

c. suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossupressores;

d. contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.

65.13 ESCLEROSE MÚLTIPLA

1. Cobertura obrigatória do medicamento Natalizumabe para pacientes com Esclerose Múltipla Recorrente-Remitente grave em rápida evolução, definida por 2 ou mais recidivas incapacitantes no espaço de um ano e com 1 ou mais lesões realçadas por gadolínio em uma imagem do cérebro obtida por Ressonância Magnética Nuclear (RMN) ou um aumento significativo das lesões em T2 comparativamente com uma RMN anterior recente.

2. Cobertura obrigatória do medicamento Natalizumabe, quando preenchidos 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 paciente apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados;

b. Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM - SP);

c. Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética;

d. Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas;

e. Em terceira ou quarta linha de tratamento quando houver falha terapêutica ou resposta sub-ótima, intolerância, eventos adversos ou falta de adesão na primeira e segunda linha, no mínimo.

Linhas de tratamento:

- Primeira linha: betainterferona, glatirâmer ou teriflunomida.

- Segunda linha: betainterferona, glatirâmer, teriflunomida, fumarato de dimetila ou fingolimode.

- Terceira linha: fingolimode. O uso do Natalizumabe em terceira linha somente será indicado caso o Fingolimode tenha sido prescrito em segunda linha ou caso haja contra-indicação ao seu uso.

f. Estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses;

g. Ser encaminhado a infectologista ou pneumologista para afastar tuberculose se apresentarem lesões suspeitas à radiografia de tórax;

h. Valores de neutrófilos acima de 1.500/mm3 e linfócitos acima de 1.000/mm3 ao hemograma.

Grupo II

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EM-PP) ou de EM-PP com surto.

b. Incapacidade de adesão ao tratamento e impossibilidade de monitorização dos efeitos adversos;

c. Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento;

d. Diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP);

e. Pacientes que apresentem qualquer uma das seguintes condições: micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave ou outras infecções oportunistas nos últimos 3 meses, infecção por HIV, imunossupressão, infecção atual ativa;

f. Pacientes com câncer, exceto se carcinoma basocelular de pele.

Grupo III

a. Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes;

b. Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença.

Observação: Quanto às Linhas de Tratamento.

Cobertura obrigatória dos medicamentos Betainterferona e Acetato de glatirâmer em primeira ou segunda linha, quando preenchidos 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 paciente apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados;

b. Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-SP);

c. Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética;

d. Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas.

Grupo II:

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EM-PP) ou de EM-PP com surto;

b. Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento.

Grupo III:

a. Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes;

b. Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença.

3. Cobertura obrigatória dos medicamentos Alentuzumabe ou Ocrelizumabe quando preenchidos 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 paciente apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados;

b. Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-SP);

c. Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética;

d. Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas;

e. Falha terapêutica ao Natalizumabe, ou contra indicação ao seu uso continuado devido a risco aumentado de desenvolver leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) definido pela presença de todos os fatores de risco descritos a seguir: resultado positivo para anticorpo anti-VJC, mais de 2 anos de tratamento com natalizumabe e terapia anterior com imunossupressor;

f. Estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses;

g. Ser encaminhado a infectologista ou pneumologista para afastar tuberculose se apresentarem lesões suspeitas à radiografia de tórax;

h. Valores de neutrófilos acima de 1.500/mm3e linfócitos acima de 1.000/mm3ao hemograma.

Grupo II:

a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EM-PP) ou de EM-PP com surto.

b. Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento;

c. Diagnóstico de LEMP;

d. Pacientes que apresentem qualquer uma das seguintes condições: micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave ou outras infecções oportunistas nos últimos 3 meses, infecção por HIV, imunossupressão, infecção atual ativa;

e. Pacientes com câncer, exceto se carcinoma basocelular de pele.

Grupo III:

a. Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes;

b. Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença.

66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER

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

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 neurocadiogênico;

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.

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 arritimogênicas e síndromes elétricas primárias.

9 - No diagnóstico diferencial de pacientes admitidos em unidade de dor torácica com sintomas atípicos e com possibilidade de doença coronária.

10 - Na avaliação do prognóstico em pacientes com doença cardiovascular estável.

11 - Na suspeita de angina vasoespástica.

12 - Na tomada de decisão em lesões intermediárias após a realização de cineangiocoronariografia.

13 - Na avaliação seriada em pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.

69. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios:

a - acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico - pacientes com edema macular secundário à degeneração macular relacionada à idade (DMRI), retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico;

b - acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas:

- edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa);

- edema macular diabético;

- buraco macular;

- membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração macular relacionada à idade, estrias angióides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central);

- membrana epirretiniana;

- distrofias retinianas.

c. acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em pacientes com suspeita de glaucoma (discos ópticos com relação escavação/disco > 0,6 e < 0,9 e/ou assimetria da relação escavação/disco entre os olhos > 0,2 e/ou afinamentos localizados do anel neural).

d. acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em hipertensos oculares (pressão intraocular > 21 mmHg).

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 75 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;

l. hemoglobinúria paroxística noturna;

m. mucopolissacaridose tipo IV A;

n. mucopolissacaridose VI;

o. mucopolissacaridose I;

p. mucopolissacaridose II;

q. anemia falciforme com crise;

r. transtornos falciformes heterozigóticos duplos;

s. adrenoleucodistrofia; e

t. síndrome linfo-histicocitose hemofagocítica.

1.2. Sem mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

a. qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (comorbidade);

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 serão de cobertura obrigatória quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 75 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;

k. hemoglobinúria paroxística noturna;

l. mucopolissacaridose tipo IV A;

m. mucopolissacaridose VI;

n. mucopolissacaridose I;

o. mucopolissacaridose II;

p. adrenoleucodistrofia; e

q. síndrome linfo-histicocitose hemofagocítica.

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 estádio 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 menos 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 urinaria 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 - crescimento de novos vasos sanguíneos, constatado por tomografia de coerência óptica ou angiografia com fluoresceína ou 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 20/400, 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;

2.Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular diabético secundário à retinopatia diabética quando o olho tratado no início do tratamento preencher pelo menos um dos 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 - espessura foveal igual ou maior do que 400µ;

b - acuidade Visual entre 20/40 e 20/400 (Snellen);

c - acuidade Visual de 20/25 e 20/30 nos casos em que for observada piora progressiva do edema macular comprometendo a área central da mácula, conforme definição, comprovada por 2 OCTs consecutivos com intervalo de trinta dias.

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 - quando a acuidade visual se tornar <20/400 (Snellen) por causa retiniana;

b - em casos de hipersensibilidade comprovada ao medicamento.

3.Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular secundário a oclusão de veia central da retina (OVC) quando preencher pelo menos um dos 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 pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

a - acuidade visual entre 20/40 e 20/400 (escala Snellen);

b - acuidade visual pior que 20/400 quando a Angiofluoresceinografia (AFG), com imagens de todos os tempos do olho acometido, afastar a possibilidade de que haja ruptura extensa da arcada perifoveolar;

c - acuidade visual igual ou melhor que 20/40, mas com aumento da espessura foveal comprovada por Tomografia de coerência óptica (OCT);

d - houver recidiva do edema após cessação do tratamento e pelo menos um dos itens anteriores.

Grupo II:

a - presença de isquemia macular que inviabilize a melhora visual comprovada pela medida de acuidade visual e AFG;

b - evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

a - quando atingida a máxima acuidade visual, ou seja, acuidade visual estável por três meses consecutivos;

b - quando a espessura foveal não houver diminuído (medido pela OCT) após três aplicações mensais consecutivas.

4.Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular secundário a oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC) e preencher pelo menos um dos 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 pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

a - acuidade visual pior que 20/40 com aumento de espessura foveal comprovado por Tomografia de coerência óptica (OCT);

b - acuidade visual igual ou melhor que 20/40, mas com posterior diminuição da acuidade visual durante o acompanhamento clínico e aumento da espessura foveal comprovada por OCT;

c - houver recidiva do edema após cessação do tratamento e pelo menos um dos itens anteriores.

Grupo II:

a - presença de isquemia macular que inviabilize a melhora visual comprovada pela medida de acuidade visual e AFG;

b - evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

a - quando atingida a máxima acuidade visual, ou seja, acuidade visual estável por três meses consecutivos;

b - quando a espessura foveal não houver diminuído (medido pela OCT) após três aplicações.

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 /ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE

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 fóssulas 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 CID apresentado pelo paciente.

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 kg/m^2);

d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ^{3} 25 kg/m2) 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. SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO*

* COMUNICADO: Por força das sentenças proferidas nos autos das Ações Civis Públicas nº 1005197-60.2019.4.01.3500 e nº 1004183-52.2020.4.01.3000, estão suspensas as limitações de número de sessões previstas nesta Diretriz de Utilização - DUT, uma vez indicadas pelo médico assistente, para todos os beneficiários de planos regulamentados portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) dos Estados de Goiás e Acre.

1. Cobertura mínima obrigatória de 24 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 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);

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), pólipo 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 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 sessões por ano de contrato.

105. SESSÃO COM PSICÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 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. SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL*

* COMUNICADO: Por força das sentenças proferidas nos autos das Ações Civis Públicas nº 1005197-60.2019.4.01.3500 e nº 1004183-52.2020.4.01.3000, estão suspensas as limitações de número de sessões previstas nesta Diretriz de Utilização - DUT, uma vez indicadas pelo médico assistente, para

todos os beneficiários de planos regulamentados portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) dos Estados de Goiás e Acre.

1. Cobertura mínima obrigatória de 40 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. SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de 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).

106. 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 maníaco 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 pelo médico assistente (neurologista, oncologista clínico, hematologista ou geneticista) e 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. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes dos sub-itens desta Diretriz de Utilização, 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.

2. A cobertura de análise molecular de DNA não é obrigatória para as patologias/síndromes, exames ou técnicas listadas a seguir:

a. Ostecondromas hereditários múltiplos (exostoses hereditárias múltiplas); Neurofibromatose 1; Fenilcetonúria; Hipercolesterolemia familiar, Pesquisa dos polimorfismos C677T e A1298 do gene MTHFR e Pesquisa dos polimorfismos 4G/5G no gene PAI1.

b. 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) humano, nutricional, esportivo, tumoral ou mitocondrial não estão contemplados na letra "b" do item 1. Da mesma forma, o screening de risco pessoal ou screening de planejamento familiar em paciente assintomático, não está contemplado na letra "b" do item 1.

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 dos genes associados a cada síndrome tanto para genes individuais quanto para paineis 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). A análise deve ser realizada de forma a contemplar 100% da extensão da sequência codificadora e junções intron/exon de todos os genes com cobertura mínima de 20X em todas as regiões analisadas. Em relação a análise de rearranjos quando analisada por NGS o laboratório deve apresentar evidência de validação do protocolo contra outra metodologia de detecção de rearranjos (MLPA ou Array), descrevendo a sensibilidade e os limites de detecção (tamanho de rearranjos) do método.

OBS geral 4: O sequenciamento por NGS dos genes associados a cada síndrome tanto para genes individuais quanto para painéis 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). É recomendado que análise seja realizada de forma a contemplar 100% da extensão da sequência codificadora e junções intron/exon de todos os genes analisados (teste tipo A) com cobertura mínima de 20X em todas as regiões analisadas. Se a cobertura do painel NGS for inferior a 100%, recomenda-se que regiões não cobertas pelo painel NGS sejam analisadas por outra metodologia (p.ex. sequenciamento de Sanger) de forma a atender a definição de teste tipo A. Caso não tenham sido, deve ser descrito de forma clara o porcentual e número de bases não cobertas, e feita uma observação que o teste não exclui variantes patogênicas nessas regiões. O teste deve ser classificado no laudo como tipo A ou tipo B. De acordo com o EuroGentest (Gert Matthijs et al, Guidelines for diagnostic next-generation sequencing. European Journal of Human Genetics.2016. 24, 2-5; doi:10.1038/ejhg.2015.226), testes com painéis que demonstrem 100% de cobertura de todos os genes incluidos no painel e regiões intrônicas adjacentes deverão ser denominados do "Tipo A". Testes onde apenas os genes principais (core genes) são completamente sequenciados, e outros genes possam conter áreas não sequenciadas deverão ser denominados "Tipo B". Os testes onde não se garante a cobertura completa de nenhum gene do painel denominados "Tipo C" em geral não são recomendados para diagnóstico clínico e por isso, não devem ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde e não são considerados para constatação do atendimento da cobertura mínima obrigatória. Essa nomenclatura de classificação do teste genético, em especial quando se trata de análise com painel de genes, deve ser adotada pelos laboratórios executantes.

OBS geral 5: O material inicial a ser utilizado para o sequenciamento é o DNA.

OBS geral 6: Em caso de detecção de deleção de exon único no MLPA este resultado deve ser confirmado com análise independente.

OBS geral 7: Para as diretrizes de oncogenética em que existam múltiplos indivíduos afetados na mesma família, testar inicialmente e preferencialmente o indivíduo mais jovem afetado pelo tumor típico do espectro avaliado. Quando houver uma mutação identificada na família, familiares não afetados por câncer também poderão ser testados, conforme definido em cada uma das diretrizes específicas. No entanto, em todas as situações de teste genético em familiares, a cobertura será obrigatória somente quando o familiar a ser testado for beneficiário de plano de saúde.

OBS geral 8: Testes genéticos preditivos em menores de idade (análise molecular para doença genética em indivíduo sem evidência fenotípica da doença) devem ser realizados apenas quando forem contemplados todos os seguintes itens:

a. a razão principal de realizar um teste preditivo em menor de idade deve ser em benefício direto de saúde do menor. Não estão justificados testes preditivos quando não houver intervenção justificável que modifique a história natural da doença ou situações de risco, enquanto este for ainda menor de idade;

b. na medida do possível, e considerando a idade do menor, deve ser feita uma tentativa de envolvê-lo na decisão sobre a realização do teste, e quando possível obter seu consentimento ou assentimento;

c. os pais ou responsáveis legais pelo menor devem participar tanto quanto possível no processo de tomada de decisão acerca da realização do teste genético. Cabe aos pais ou responsáveis fornecer ao menor, na medida do possível, informações sobre a condição genética a ser testada e o risco genético, podendo haver auxílio e suporte de profissionais especializados em aconselhamento genético no processo. Se a decisão dos pais ou responsáveis não for no sentido de beneficiar diretamente o menor, então os profissionais da saúde têm a responsabilidade de defender os interesses do menor no processo;

d. Aconselhamento genético pré- e pós-teste deve ser sempre realizado quando for indicado teste genétbico preditivo em menores assintomáticos.

Doenças 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 espinhal e/ou hiperlordose lombar e/ou ilíacos arredondados e acetábulos horizontalizados e/ou incisura sacro isquiática pequena e/ou radioluscência femural 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 espinhal 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 sensório-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 graus 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 íntron 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.

110.6 - ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL - AME

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem as formas congênitas 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. cãibras.

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. cãibras.

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. creatinoquinase 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.

110.7 - CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS - GENES BRCA1 e 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. ³ 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. ³ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama feminino em idade £ 50 anos;

II. ³ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama masculino em qualquer idade;

III. ³ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de ovário em qualquer idade;

IV. ³ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama em qualquer idade;

V. ³ 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 ³ 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 ³ 7) em qualquer idade.

5. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de próstata (escore de Gleason ³ 7) e ³ 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 ³ 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 ³ 1 familiar de 1º, 2º e 3º. graus com câncer de mama, ovário, pâncreas ou próstata (escore Gleason ³ 7).

7. Cobertura obrigatória para pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados ou não com câncer, independente do sexo, quando houver mutação deletéria em BRCA1 ou BRCA2 em familiar de 1º, 2º e 3º graus.

8. Cobertura obrigatória para indivíduos com câncer de mama isolado, que tenham estrutura familiar limitada. Estrutura familiar limitada é a ausência, em pelo menos um dos ramos (materno ou paterno) da família, de pelo menos 2 mulheres familiares de 1o, 2o ou 3o graus que tenha vivido além dos 45 anos de idade no momento da avaliação. Incluem-se nesta descrição indivíduos que desconhecem dados de sua família biológica.

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 Sequenciamento de Nova Geração de toda região codificadora de BRCA1 e BRCA2 e MLPA de 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: Pacientes enquadradas nesta diretriz e com sequenciamento e MLPA para BRCA1 e BRCA2 negativos, devem ser referenciadas para Diretriz de Painel de câncer de mama e/ou ovário.

OBS 2: Pacientes enquadradas nesta diretriz e que simultaneamente preencham os critérios da Diretriz de Painel de câncer de mama e/ou ovário podem ser referenciadas diretamente para a Diretriz de Painel de câncer de mama e/ou ovário.

OBS 3: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente 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. Caso a beneficiária não deseje realizar mastectomia a ressonância magnética das mamas anual é de cobertura obrigatória.

OBS 4: Quando da realização de salpingo-ooforectomia redutora de risco em portadoras de mutação de BRCA1 e/ou BRCA2, a análise patológica dos anexos excisados deve ser realizada minuciosamente seguindo protocolo específico.

OBS 5: 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.

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; ³ 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 e teste da mutação familiar 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.

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 platispondilia cervical e/ou tórax estreito e/ou hipomineralização do esterno e/ou braquidactilia e/ou sequência de Pierre Robin);

b. sexo reverso ou genitália ambígua.

Método de análise:

1. Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger dos três éxons e das regiões de transição éxon/íntron 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.

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 [eletroneuromiografia] 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):

i. 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.

ii. 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:

i. 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.

ii. 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 (dois) 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.

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

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem características clínico-radiológicas sugestivas de displasia esquelética por colagenopatia 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. Olhos grandes com face aplainada;

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.

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 (um) critério do Grupo I e pelo menos 2 (dois) critérios do Grupo II.*

Grupo I:

a. Rotura arterial;

b. Rotura intestinal;

c. Rotura uterina durante gravidez;

d. História familial de EDS tipo IV.

Grupo II:

a. Pele fina e translucente;

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 graus 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.

110.16 - DOENCAS 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 familial 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 graus de caso confirmado através de diagnóstico molecular.

5. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º, 2º ou 3º graus 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 - FEBRE FAMILIAR DO MEDITERRÂNEO

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos, independente da idade, que preencham pelo menos um critério maior e um critério menor, ou dois critérios maiores.

2. Cobertura obrigatória, para pacientes de ambos os sexos, na ocorrência de amiloidose renal secundária (AA) após os 15 anos de vida.

3. Cobertura obrigatória para pacientes sintomáticos de ambos os sexos, independente da idade, quando houver mutação detectada em familiar de 1º, 2º ou 3º graus.

4. Cobertura obrigatória para indivíduo assintomático de ambos os sexos, independente da idade, quando for detectada a mutação p.Met694Val, em familiar de 1º, 2º ou 3º graus.

Critérios Maiores:

. Episódios de febre recorrente com serosite (peritonite, sinovite e pleurite).

. Amiloidose do tipo AA sem doença predisponente.

. Resposta favorável à colchicina.

Critérios Menores:

. Episódios de febre recorrente sem serosite.

. Eritema similar a erisipela.

. Familiar de primeiro grau com diagnóstico clínico de febre familiar do mediterrâneo.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Para os indivíduos enquadrados nas situações 1 e 2 - Sequenciamento completo do gene MEFV, por Sanger ou sequenciamento de nova geração.

2. Para os indivíduos enquadrados na situação 3 - realizar primeiro pesquisa de mutação familiar conhecida do gene MEFV; caso negativa, e apresente critérios para as situações 1 ou 2, proceder com o Sequenciamento completo do gene MEFV, por Sanger ou sequenciamento de nova geração.

3. Para os indivíduos enquadrados na situação 4 - realizar somente a pesquisa da mutação p.Met694Val.b

110.18 - 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 limítrofes <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 nos 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 G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N, 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.

110.19 - 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.

110.20 - HEMOFILIA A

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético, de pacientes do sexo masculino e com diagnóstico bioquímico de hemofilia no caso em que parentes de 1º e 2º graus do sexo feminino da linhagem materna tenham desejo de engravidar.

2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora assintomática - doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do diagnóstico molecular do caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.

2. No caso da forma grave de hemofilia, realizar:

a. PCR longa (Long-range PCR) ou PCR inversa (Inverse-shifting IS-PCR) para a detecção da inversão do íntron 22.

b. Sequenciamento 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.

110.21 - HEMOFILIA B

1. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético, de pacientes do sexo masculino e com diagnóstico bioquímico de hemofilia, no caso em que parentes de 1º e 2º graus do sexo feminino da linhagem materna tenham desejo de engravidar.

2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora assintomática de doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do diagnóstico molecular do caso índice.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.

2. 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.

110.22 - 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 graus 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.

110.23 - NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos, que apresentem pelo menos 2 (dois) 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 e teste da mutação familiar 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.

110.24 - NEOPLASIA ENDÓCRINA 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 e teste da mutação familiar 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 patogênicas ou provavelmente patogênicas no gene RET a tireoidectomia profilática é de cobertura obrigatória, quando indicada pelo médico assistente.

110.25 - 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 5UTR 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.

110.26 - PAINEL DE GENES PARA CÂNCER DE MAMA E/OU OVÁRIO

1. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico atual ou prévio de câncer de ovário epitelial quando preencherem critérios para pelo menos 2 das seguintes síndromes: Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditários, Síndrome de Lynch e/ou Síndrome de Peutz-Jeghers.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama quando preencherem critérios para pelo menos 2 das seguintes síndromes: Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditários, Síndrome de Cowden, Síndrome de Li-Fraumeni, Síndrome de Câncer Gástrico Difuso Hereditário e/ou Síndrome de Peutz-Jeghers.

3. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama e/ou ovário epitelial com critérios para câncer de mama e ovário hereditários e que tenham resultado negativo na análise de mutações germinativas de BRCA1 e BRCA2 por sequenciamento e MLPA.

Método de análise:

1. Análise de DNA genômico com painel NGS incluindo os genes: ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53.

2. Em caso de resultado negativo, se o painel NGS não estiver validado para análise de CNVs, realizar análise com MLPA dos genes: BRCA1, BRCA2, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, STK11.

OBS1. Quando forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas nos genes BRCA1, BRCA2, CDH1, PALB2, PTEN, TP53, mesmo em pacientes assintomáticas, a mastectomia redutora 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.

OBS2. Quando forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas nos genes BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, RAD51C, RAD51D, STK11, mesmo em pacientes assintomáticas, a salpingo-ooforectomia redutora de risco, é de cobertura obrigatória da mesma forma que a cobertura prevista para pacientes com diagnóstico de câncer, quando indicado pelo médico assistente.

OBS3. Quando forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas nos genes ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, PALB2, PTEN, TP53, e que não tenham sido submetidas a mastectomia redutora de risco, a realização de ressonância magnética periódica é de cobertura obrigatória, quando indicado pelo médico assistente.

110.27 - POLIPOSE COLÔNICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com a forma clássica (mais de 100 pólipos) ou atenuada (10 a 100 pólipos) de polipose colônica.

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

3. 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.

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

OBS 1: Nos pacientes com polipose adenomatosa profusa (>100 pólipos) ou pólipos não rastreáveis por colonoscopia e naqueles com mutação patogênica ou provavelmente patogênica identificada em APC, a colectomia total é de cobertura obrigatória, quando indicada pelo médico assistente.

110.28 - SÍNDROME CHARGE

1. Cobertura obrigatória 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.

110.29 - 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 Microssatélites para pesquisa de dissomia uniparental da região 15q11.2.

3. Para confirmação diagnóstica em pacientes sintomáticos com suspeita de Síndrome de Angelman e teste de metilação normal, realizar a pesquisa de mutações nos éxons do UBE3A por Sequenciamento bidirecional pelo método analítico de Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene UBE3A.

110.30 - SINDROME 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 glande 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 glande 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 tireóide papilífero, [3]3 Acantoses 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 £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 tireóide papilífero, [3]3 Acantoses 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 £ 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 glande 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] 3

Acantoses 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 £ 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 ou outro método..

OBS 1: Nas pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas no gene PTEN, mesmo que assintomáticas, a mastectomia e a histerectomia 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. Caso a beneficiária não deseje realizar mastectomia a ressonância magnética das mamas anual é de cobertura obrigatória.

110.31 - 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.

110.32 - 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 e independente da história familiar de câncer.

4. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de carcinoma de plexo coróide em qualquer idade e independente da história familiar de câncer.

5. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de rabdomiosarcoma anáplasico em qualquer idade e independente da história familiar de câncer.

6. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de câncer de mama £ 35 anos de idade.

7. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético e teste da mutação familiar 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, 4 e 5:

1. Análise da mutação específica p.Arg337His 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 6:

1. Realizar inicialmente a pesquisa de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 conforme método escalonado descrito na diretriz específica de BRCA1 e BRCA2.

2. Não sendo identificadas mutações nos genes BRCA1 e/ou BRCA2, realizar a mutação específica Arg337His no gene TP53.

3. Se a análise da mutação p.Arg337His for negativa, realizar Sequenciamento bidirecional por Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene TP53.

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

Para pacientes enquadrados no item 7:

1. Nos casos de Síndrome de Li-Fraumeni em que a mutação genética já tenha sido identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica já identificada.

OBS 1: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas do domínio de ligação do gene TP53 (mutações clássicas), mesmo que assintomáticos, a mastectomia redutora 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. Caso a beneficiária não deseje realizar mastectomia a ressonância magnética das mamas anual é de cobertura obrigatória. Para portadoras da mutação p.Arg337His de TP53 a ressonância magnética das mamas anual é de cobertura obrigatória.

110.33 - 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 pelve-renal], 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 e teste da mutação familiar de familiares de 1º, 2º e 3º graus após o diagnóstico molecular de mutação patogênica ou provavelmente 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:

2.1. Realizar Imunohistoquímica (IHQ) para MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2;

I. No caso de imunohistoquímica proficiente (todos os quatro marcadores presentes no tumor), realizar instabilidade de microssatélites.

a. Se não houver instabilidade de microssatélite em nenhum dos cinco marcadores encerra-se a investigação.

b. Se instabilidade alta (2 em 5 marcadores instáveis), realizar sequenciamento de nova geração NGS para MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2*.

c. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MLH1 e MSH2.

d. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MSH6 e EPCAM.

II. Se houver perda de expressão da proteína MLH1 ou MLH1+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:

a. Na ausência de mutação V600E do gene BRAF ou na ausência de metilação do promotor do gene MLH1, realizar sequenciamento de nova geração NGS para MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2*.

b. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MLH1 e MSH2.

c. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MSH6 e EPCAM.

III. Se houver perda de expressão da proteína MSH2 ou MSH6 ou PMS2 ou dos quatro marcadores na IHQ, realizar Sequenciamento de Nova Geração para MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.

a. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MLH1 e MSH2.

b. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MSH6 e EPCAM.

c. Se resultado da investigação do item anterior for negativo, realizar MLPA para MLH1.

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. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MLH1 e MSH2.

c. Se o item anterior for negativo realizar MLPA para pesquisa de rearranjos MSH6 e EPCAM.

OBS 1: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas nos genes acima, mesmo que assintomáticos, a histerectomia e a salpigo-ooforectomia redutoras de risco, devem ser discutidas entre a paciente e seu médico assistente e caso optem pelas cirurgias estas devem ser de cobertura obrigatória da mesma forma que a cobertura prevista para pacientes com diagnóstico de câncer. Pacientes com mutação patogênica nos genes MLH1 ou MSH2 ou EPCAM devem realizar colonoscopia a cada 1 ou 2 anos a partir dos 20 a 25 anos ou 2 a 5 anos antes do caso mais jovem identificado na família. Pacientes com mutação patogênica nos genes MSH6 ou PMS2 devem realizar colonoscopia a cada 1 ou 2 anos a partir dos 25 a 30 anos ou 2 a 5 anos antes do caso mais jovem identificado na família.

(*) OBS 2: O gene PMS2 apresenta pseudogenes de alta similaridade, dificultando o estudo genético. O uso das técnicas usuais pode levar a falsos-positivos e falsos-negativos. O método utilizado para estudo desse gene deve ser o PCR de longa distância (long-range PCR), seguido de sequenciamento por NGS ou Sanger.

110.34 - 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. Ectopia Lentis: Subluxação ou Luxação de cristalino;

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

Cálculo do Escore Sistêmico:

i. Sinal do punho e do polegar - 3 (punho ou polegar - 1)

ii. Peito carenado - 2 (peito escavado ou assimetria de tórax - 1)

iii. Deformidade dos pés - 2 (pés planos - 1)

iv. Pneumotórax - 2

v. Ectasia dural - 2

vi. Protrusão acetabular - 2

vii. Relação Segmento Superior/Segmento Inferior reduzida e Relação Envergadura/Estatura aumentada e escoliose leve - 1

viii. Escoliose ou cifose toracolombar - 1

ix. Extensão reduzida do cotovelo - 1

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

xi. Estrias na pele - 1

xii. Miopia > 3 dpt - 1

xiii. Prolapso de valva mitral (todos os tipos) - 1

Total = 20 pontos; escore ³ 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.

110.35 - 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 PTPN1, 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.

110.36 - 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.

110.37 - 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).

110.38 - 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 e teste da mutação familiar 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.

OBS 1: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas ou provavelmente patogênicas no gene CDH1, mesmo que assintomáticos, a mastectomia redutora de risco e gastrectomia total, 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. Caso a beneficiária não deseje realizar mastectomia a ressonância magnética das mamas anual é de cobertura obrigatória.

110.39 - 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.

3. Em caso de resultado negativo, realizar o Sequenciamento Completo do Exoma.

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).

110.40 - 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).

110.41 - 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.

110.42 - SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

1. Cobertura obrigatória da análise genética para pacientes com pelo menos duas das seguintes características:

a. lesões peri-orais, orais, genitais e/ou digitais hiperpigmentadas

b. 2 ou mais pólipos gastro-intestinais hamartomatosos de Peutz-Jeghers confirmados por histologia

c. familiar de 1º, 2º, ou 3º grau com diagnóstico clínico de Síndrome de Peutz-Jeghers.

2. Cobertura obrigatória para familiares de 1º, 2º, ou 3º grau de um indivíduo com mutação germinativa patogênica identificada no gene STK11.

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. Nos casos de pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico clínico conforme critérios acima:

a. Sequenciamento de Nova Geração (NGS) de toda região codificadora e das junções intron-exon do gene STK11 e se NGS não estiver disponível realizar sequenciamento bidirecional de toda região codificadora e das junções intron-exon por Sanger;

b. Em caso de resultado negativo no item 3.2.a, realizar MLPA do gene STK11. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.

OBS 1: Nas pacientes femininas em que forem encontradas mutações patogênicas no gene STK11, mesmo que assintomáticas, a salpingo-ooforectomia redutora de risco é de cobertura obrigatória da mesma forma que a cobertura prevista para pacientes com diagnóstico de câncer, quando indicado pelo médico assistente. Da mesma forma, em todos pacientes de ambos sexos portadores de mutação patogênica de STK11, mesmo que assintomáticos, a colonoscopia e esofagoduodenoscopia periódicas são de cobertura obrigatória e devem ser realizadas conforme indicado pelo médico assistente.

110.43 - SÍNDROME DE POLIPOSE JUVENIL

1. Cobertura obrigatória de realização da análise genética para pacientes com pelo menos uma das seguintes características:

a. pelo menos 5 pólipos juvenis do colon e/ou reto confirmados por histologia;

b. qualquer número de pólipos juvenis quando localizados no trato gastro-intestinal excluindo-se colon e/ou reto confirmados por histologia;

c. qualquer número de pólipos juvenis quando localizados no trato gastro-intestinal confirmados por histologia em indivíduo com história familiar de síndrome de polipose juvenil.

2. Cobertura obrigatória para familiares de 1º, 2º, ou 3º grau de um indivíduo com mutação germinativa patogênica identificada nos genes BMPR1A ou SMAD4 (MADH4).

Método de análise genética utilizado de forma escalonada:

1. Nos casos em que a mutação genética já foi identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica. Se houver na família uma mutação em SMAD4 o teste de um indivíduo em risco deve idealmente ser realizado nos primeiros 6 meses de vida devido ao risco de telangiectasia hemorrágica hereditária.

2. Nos casos de pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico clínico conforme critérios acima, realizar:

a. Sequenciamento de Nova Geração do promotor, de toda região codificadora e das junções intron-exon dos genes BMPR1A e SMAD4. Se o Sequenciamento de Nova Geração não estiver disponível realizar Sequenciamento bidirecional do promotor, de toda região codificadora e das junções intron-exon por Sanger destes genes;

b. Em caso de resultado negativo no item "a" realizar MLPA de BMPR1A e SMAD4. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.

OBS. 1: Nos pacientes em que forem encontradas mutações patogênicas nos genes BMPR1A ou SMAD4, mesmo que assintomáticos, a colonoscopia e esofagoduodenoscopia periódicas são de cobertura obrigatória e devem ser realizadas conforme indicado pelo médico assistente.

110.44 - RETINOBLASTOMA

1. Cobertura obrigatória da análise genética para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de retinoblastoma unilateral ou bilateral.

2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com retinoblastoma e ao menos uma das seguintes características fenotípicas: atraso de desenvolvimento, retardo mental, microcefalia, coloboma, microftalmia, hipoplasia de polegar.

3. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético e análise molecular de familiares de 1º, 2º e 3º graus de indivíduos com mutações identificadas em RB1.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

I. Pacientes enquadrados no item 3 realizar apenas a análise da mutação específica identificada na família.

II. Pacientes enquadrados no item 1:

a. Sequenciamento de nova geração (NGS) no DNA constitutivo de toda a sequência codificadora e junções intron-éxon do gene RB1 ou alternativamente sequenciamento bidirecional de toda a sequência codificadora e junções intron-exon pelo método de Sanger em caso de indisponibilidade de NGS.

b. Em caso de resultado negativo em "a" realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent ProbeAmplification) para pesquisa de rearranjos gênicos em DNA constitutivo do gene RB1. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente,

c. Em caso de resultado negativo no ítem "a" ou "b" realizar sequenciamento de nova geração (NGS) no DNA tumoral (caso disponível) de toda a sequência codificadora e junções intron-exon do gene RB1 ou alternativamente sequenciamento bidirecional de toda a sequência codificadora e junções intron-exon pelo método de Sanger em caso de indisponibilidade de NGS.

III. Pacientes enquadrados no item 2:

a. Realizar o cariótipo com bandas GTG de alta resolução

b. Caso o paciente tenha cariótipo normal realizar o FISH ou aCGH para detecção de microdeleções submicroscópicas.

c. Caso o diagnóstico não tenha sido estabelecido através dos itens a e b realizar análise molecular conforme descrito no item II dos métodos diagnósticos escalonados deste subitem.

110.45 - SÍNDROME DE VON-HIPPEL-LINDAU

1. Cobertura obrigatória da análise genética para pacientes de ambos os sexos, que apresentem pelo menos duas das seguintes características:

a. Um ou mais hemangioblastomas da retina ou de cérebro

b. Diagnóstico de carcinoma de células claras renais

c. Feocromocitomas adrenais ou extra-adrenais

d. Tumores de saco endolinfático

e.Tumores neuroendócrinos do pâncreas.

f. Familiar de primeiro grau com história sugestiva de VHL

2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético e análise molecular dos familiares de 1º, 2º ou 3º graus assintomáticos de um indivíduo com mutação do gene VHL.

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 que preenchem os critérios 1 e 2, realizar sequenciamento de Nova Geração de toda região codificante e junções intron-exon do gene VHL.

3. Quando não for possível realizar o Sequenciamento de Nova Geração, realizar o Sequenciamento por Sanger de toda região codificante e junções intron-exon do gene VHL.

4.Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através dos itens acima, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene VHL. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.

110.46 - SÍNDROME DE GORLIN (SÍNDROME DE CARCINOMAS BASOCELULARES NEVÓIDES)

1. Cobertura obrigatória para pacientes que preenchem pelo menos:

a. dois (2) dos critérios maiores e um (1) dos critérios menores ou

b. um (1) dos critérios maiores e três (3) dos critérios menores.

Critérios Maiores:

a. Calcificação lamelar da foice;

b. Ceratocistos odontogênicos (com confirmação histopatológica);

c. Pits Palmares e/ou plantares (dois ou mais);

d. Carcinoma basocelular único diagnosticado antes dos 30 anos ou múltiplos carcinomas basocelulares (>5 ao longo da vida);

e. Familiar de 1º grau com de Síndrome de Gorlin.

Critérios Menores:

a. Meduloblastoma na infância (tumor primitivo do neuroectoderma - PNET);

b. Cistos pleurais ou linfomesentéricos;

c. Macrocefalia (perímetro cefálico acima do percentil 97 para idade);

d. Fenda labial e/ou palatina;

e. Anormalidade em costelas ou vertebras (costela extra ou bífida, vertebra bífida);

f. Polidactilia pré- ou pósaxial;

g. Fibromas cardiacos ou ovarianos;

h. Anomalias oculares (catarata, alterações pigmentares do epitélio da retina, defeitos de desenvolvimento como estrabismo, cisto orbital, microftalmia, hipertelorismo).

2. Cobertura obrigatória para realização do teste genético e aconselhamento genético para familiares de 1º, 2º, ou 3º grau de um indivíduo com mutação germinativa patogênica identificada no gene PTCH1.

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. Nos casos de pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico clínico conforme critérios acima, realizar sequenciamento de Nova Geração (NGS) de toda região codificadora e junções intron-exon de PTCH1.

3. Quando não for possível realizar o Sequenciamento de Nova Geração, realizar o Sequenciamento por Sanger de toda região codificante e junções intron-exon do gene PTCH1.

4.Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através dos itens acima, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene PTCH1. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente.

110.47 - ANEMIA DE FANCONI - SÍNDROME COM INSTABILIDADE CROMOSSÔMICA ASSOCIADA A APLASIA MEDULAR, DEFEITOS CONGÊNITOS E CÂNCER

1. Cobertura obrigatória da análise molecular para pacientes com suspeita de Anemia de Fanconi (AF) definida pela presença de pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Defeitos congênitos, especialmente do sistema esquelético predominantemente do eixo radial associado ou não a manchas do tipo "café-com-leite" e déficit pondero-estatural;

b. Hipoplasia e/ou Aplasia da Medula Óssea envolvendo as três linhagens: hemácias, plaquetas e leucócitos; na presença ou não dos defeitos congênitos;

c. Síndrome Mielodisplásica associada aos defeitos congênitos;

d. Câncer embrionário infantil (meduloblastoma, neuroblastoma, tumor de Wilms) e/ou leucemia mielóide aguda associado aos defeitos congênitos;

e. Carcinoma de células escamosas de cabeça, pescoço e região genital associado aos defeitos congênitos.

2. Cobertura obrigatória para realização do teste genético e aconselhamento genético para familiares de 1o, 2o, ou 3o grau de um indivíduo com mutação germinativa patogênica identificada em um dos genes relacionados a anemia de Fanconi.

Método de análise molecular de forma escalonada e conforme cenários clínicos específicos:

Nos casos enquadrados no item 2 em que a mutação já foi identificada na família, realizar apenas a pesquisa da mutação específica.

1. Realizar teste citogenético utilizando as drogas Mitomicina C (MMC) ou Diepoxibutano (DEB) em culturas de linfócitos testando presença de instabilidade cromossômica DEB- ou MMC-induzida.

2. Se o item anterior for positivo e for necessária a definição do gene envolvido para fins de aconselhamento genético, realizar o Sequenciamento de Nova Geração envolvendo os genes FANCA, FANCG, FANCC, FACND2, FANCB, FACD1 (BRCA2), FANCN (PALB2), FANCO (RAD51C) e FANCP (SLX4).

OBS. 1: A identificação de determinadas mutações em heterozigose (BRCA2, PALB2, RAD51C e SLX4) aumenta a predisposição para câncer de mama e/ou ovário, portanto estes indivíduos devem ser encaminhados para manejo de alto risco de câncer.

111. VÍRUS ZIKA - POR PCR

1 - Cobertura obrigatória para realização de PCR para vírus Zika em gestantes com quadro sugestivo de infecção pelo vírus Zika até o quinto dia do início dos sintomas.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre;
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido;
- Poliartralgia;
- Edema periarticular.

Observações:

1 - Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.

2 - Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

112. VÍRUS ZIKA - IGM

1 - Cobertura obrigatória de Pesquisa de anticorpos IgM para Infecção pelo vírus Zika para:

a. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika que realizaram teste de PCR cujo resultado foi negativo, a partir do sexto dia dos sintomas;

b. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika cujos sintomas se iniciaram há mais de cinco dias;

c. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika cujo resultado da primeira pesquisa de IgM foi negativa;

d. Gestantes assintomáticas no início do pré-natal e no segundo trimestre de gestação;

e. Gestantes em que foi detectada a presença de microcefalia fetal ou de calcificações intracranianas em qualquer etapa da gestação;

f. Recém-nascidos cujas mães tenham apresentado teste diagnóstico (PCR ou pesquisa de anticorpos IgM) com resultado positivo para infecção pelo vírus Zika durante a gestação;

g. Recém-nascidos com microcefalia e/ou outras alterações do SNC possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika durante a gestação.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre;

- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido;
- Poliartralgia;
- Edema periarticular.

Observações:

1 - Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.

2 - Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

113. VÍRUS ZIKA - IGG

1. Cobertura obrigatória de Pesquisa de anticorpos IgG para Infecção pelo vírus Zika para:

Gestantes ou recém-nascidos que realizaram pesquisa de anticorpos IgM cujo resultado foi positivo.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre;
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido;
- Poliartralgia;
- Edema periarticular.

Observações:

1 - Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.

2 - Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

114. ALK - PESQUISA DE MUTAÇÃO

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 de genes para o início do tratamento.

115. ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR

1. Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores candidatos à revascularização, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a. Permanece dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores;

b. Existência de contraindicação para a realização de angiotomografia arterial de membros inferiores.

116. ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR

1 - Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores candidatos à revascularização, quando permanece dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores.

117. AQUAPORINA 4 (AQP4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM

1. Cobertura obrigatória para investigação diagnóstica de neuromielite óptica quando for solicitado por neurologista e preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Pacientes com neurite óptica, mielite aguda, síndrome da área postrema (soluços, náusea/vômitos com exclusão de outras causas) ou síndrome aguda de tronco cerebral;

b. Pacientes com síndrome diencefálica aguda, narcolepsia ou síndrome cerebral sintomática com lesões compatíveis pela ressonância magnética.

118. CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA

1. Quando utilizada para avaliação de transportadores de dopamina terá cobertura obrigatória para pacientes adultos com tremores quando o Parkinsonismo não puder ser clinicamente diferenciado de tremor essencial após avaliação por profissional médico especializado em neurologia.

119. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de Hepatite B, Hepatite C, Hepatite C pós-transplante, HIV e doença de fígado não alcóolica, com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, em pelo menos uma das seguintes condições:

a - diagnóstico inicial;

b - estadiamento;

c - acompanhamento.

120. FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DE TRANSFERRINA

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos, de qualquer idade, quando apresentar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou hipotonia ou hipoglicemia e, pelo menos, mais 2 dos critérios abaixo:

a. Hipotonia

b. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor

c. Hipoglicemia

d. Enteropatia perdedora de proteína

e. Epilepsia

f. Hipoplasia cerebelar

g. Inversão de mamilos com distribuição anômala de gordura

h. Atraso do desenvolvimento pondero-estatural

i. Ocorrência de Acidente Vascular encefálico criptogênico

j. Retinite pigmentar

k. Derrame Pericárdico

l. Hipogonadismo

m. Coagulopatia caracterizada por baixos níveis séricos de fatores IX e XI, antitrombina III, proteína S e proteína C funcional

121. RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

1. Cobertura obrigatória para o tratamento do ceratocone progressivo, quando o olho a ser tratado preencher um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo 1:

a. Aumento do astigmatismo corneal central de 1.00D ou mais à reavaliação do paciente no máximo em um ano;

b. Aumento da ceratometria máxima (Kmax) de 1.00D ou mais à reavaliação do paciente no máximo em um ano.

Grupo 2:

a. espessura corneana menor que 400 micrômetros;

b. infecção herpética prévia;

c. infecção concomitante;

d. cicatriz corneana grave ou opacificação corneana;

e. doença de superfície ocular grave;

f. doença auto-imune.

122. REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

1. Cobertura obrigatória para pacientes cujo laudo da uretrocistografia miccional evidencie refluxo vésico-ureteral Grau I a IV quando preenchido um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I:

a. Crianças maiores que 6 meses que apresentarem RVU grau I a IV e Cicatriz renal;

b. Crianças que tentaram tratamento clínico por pelo menos 1 ano, porém mantêm infecção urinária recorrente apesar da profilaxia antimicrobiana;

c. Crianças que tentaram tratamento clínico por pelo menos 1 ano e não apresentaram involução do grau do RVU;

d. Crianças que tentaram tratamento clínico por pelo menos 1 ano e apresentaram aparecimento de novas cicatrizes renais;

e. Crianças que não aderiram ao tratamento clínico (profilaxia antimicrobiana) devido à intolerância aos antibióticos ou dificuldade para aceitação da medicação;

f. Meninas acima de 5 anos independente de cicatriz renal ou estar apresentando ITU.

Grupo II:

a.Pacientes que apresentem laudo da uretrocistografia miccional evidencie refluxo vésico-ureteral Grau V;

b. Pacientes que já receberam 3 sessões de tratamento endoscópico sem melhora.

123. RM - FLUXO LIQUÓRICO - COMPLEMENTAR À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com derivação ventrículo peritoneal para avaliação do fluxo liquórico.

124. TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)

1. Cobertura obrigatória para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Crianças prematuras nascidas com idade gestacional £ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias); ou

b. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar); ou

c. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

Condições gerais para cobertura do procedimento, conforme "Protocolo de uso do Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório", Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 23, de 3 de outubro de 2018:

I. O diagnóstico de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) é definido pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em prematuro extremo.

II. A posologia recomendada de Palivizumabe é 15 mg/kg de peso corporal, administrados uma vez por mês durante o período de maior prevalência do VSR previsto na respectiva comunidade, no total de, no máximo, cinco aplicações mensais consecutivas, dentro do período sazonal, que é variável em diferentes regiões do Brasil.

III. O vírus sincicial respiratório caracteriza-se principalmente por seu caráter sazonal, dependendo das características de cada país ou região. A definição de sazonalidade no Brasil se baseia na análise descritiva de identificação do vírus sincicial respiratório (VSR), realizada nas regiões geográficas do país, com base nos dados do Sistema de Informação da Vigilância Sentinela de Influenza e outros vírus respiratórios - SIVEP GRIPE.Sazonalidade do VSR nas diferentes regiões do Brasil:

Região	Sazonalidade	Período de Aplicação
Norte	Fevereiro a Junho	Janeiro a Junho
Nordeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Centro-Oeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sudeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sul	Abril a Agosto	Março a Agosto

IV. A primeira dose deve ser administrada um mês antes do início do período de sazonalidade do VSR e as quatro doses subseqüentes devem ser administradas com intervalos de 30 dias durante este período no total de até 5 doses. Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses, não se aplicando após o período de sazonalidade do VSR.

V. A administração de Palivizumabe deverá ser feita em recém-nascidos ou crianças que atendam a pelo menos um dos critérios de inclusão estabelecidos nesta diretriz de utilização, inclusive para as que se encontram internadas, devendo neste caso ser administrado no ambiente hospitalar e respeitado o intervalo de doses subsequentes durante o período intra-hospitalar e pós-alta hospitalar.

125. TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR

1. Cobertura obrigatória na presença de infecção aguda materna, a partir da 18ª semana de gestação.

126. SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR

1. Cobertura obrigatória, conforme solicitação do médico assistente, para pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Observação:

As solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas na DUT devem ser autorizadas de forma imediata.

127. PROCALCITONINA, DOSAGEM

1. Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

128. PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B

1. Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

129. PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B

1. Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

130. PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

1. Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

131. PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

1. Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

132. SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG OU ANTICORPOS TOTAIS

1. Cobertura obrigatória, conforme solicitação do médico assistente, quando preenchido um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I (critérios de inclusão):

a. Pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a partir do 8º dia do início dos sintomas.

SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

b. Crianças ou adolescentes com quadro suspeito de Síndrome Multissistêmica Inflamatória pós-infecção pelo SARS-CoV-2.

Grupo II (Critérios de exclusão):

a. RT-PCR prévio positivo para SARS-CoV-2;

b. Pacientes que já tenham realizado o teste sorológico, com resultado positivo;

c. Pacientes que tenham realizado o teste sorológico, com resultado negativo, há menos de 1 semana (exceto para os pacientes que se enquadrem no item b do Grupo I);

d. Testes rápidos;

e. Pacientes cuja prescrição tem finalidade de screening, retorno ao trabalho, pré-operatório, controle de cura ou contato próximo/domiciliar com caso confirmado;

f. Verificação de imunidade pós vacinal.

133. ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL

1. Cobertura obrigatória em pacientes adultos com doença degenerativa discal cervical em um nível (mielopatia ou radiculopatia) refratária ao tratamento conservador, com indicação de tratamento cirúrgico.

134. CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL

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

a. Indivíduos com diarreia crônica, recidivante, associada ou não a sintomas de dor abdominal, náuseas e vômitos, com o objetivo de diferenciar entre síndrome do intestino irritável e doenças inflamatórias intestinais (DII) crônicas;

b. Para portadores de doenças inflamatórias intestinais em remissão.

135. CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ

1. Cobertura obrigatória de até 6 consultas de pré-natal e até 2 consultas de puerpério, quando atendidos todos os critérios abaixo:

a. Profissional enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico;

b. Atendimento de consultas de pré-natal e puerpério quando solicitado por escrito pelo médico assistente que coordena o cuidado na equipe multiprofissional de saúde.

Obs. 1: 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 da beneficiária.

Obs. 2: A frequência da solicitação do atendimento de enfermagem será definida pelo médico assistente que coordena o cuidado, devendo a mesma ser renovada no máximo a cada 3 consultas realizadas pela enfermagem.

136. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de fonoaudiologia, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização n° 104, relativa ao procedimento Sessão com Fonoaudiólogo.

137. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de psicologia, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização n° 106, relativa ao procedimento Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional.

2. Cobertura obrigatória de 2 consultas de psicologia, por ano de contrato, observando o disposto na Diretriz de Utilização n° 105, relativa ao procedimento Sessão com Psicólogo.

138. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de terapia ocupacional, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização n° 106, relativa aos procedimentos Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional e na Diretriz de Utilização n° 107, relativa ao procedimento Sessão com Terapeuta Ocupacional.

139. RAZÃO DO TESTE sFlt/PLGF

1. Cobertura obrigatória para mulheres grávidas com idade gestacional entre 24 e 36+6 semanas com suspeita de pré-eclâmpsia.

140. ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA

1. Cobertura obrigatória para detecção de tuberculose latente, quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

a. paciente em uso de medicamentos biológicos;

b. paciente candidato à imunossupressão; e

c. paciente portador de HIV.

141. ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA

1. Cobertura obrigatória na investigação de sangramento gastrointestinal de origem obscura, persistente ou recorrente, após realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas com resultado negativo para identificação da origem do sangramento.

142. FLT3 - PESQUISA DE MUTAÇÕES

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 de FLT3 para o início do tratamento.

143. IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)

1. Cobertura obrigatória quando atendido todos os seguintes critérios:

a. Pacientes com idade igual ou maior que 75 anos, sintomáticos, com expectativa de vida > 1 ano, inoperáveis ou com alto risco cirúrgico, definido como escore Society of Thoracic Surgeons - STS > 8% ou EuroSCORE logístico > 20%;

b. Avaliação por grupo de profissionais, com habilitação e experiência na realização do TAVI, incluindo, no mínimo, cirurgião cardíaco, cardiologista intervencionista, cardiologista clínico e anestesista, contemplando risco cirúrgico, grau de fragilidade, condições anatômicas e comorbidades. O grupo de profissionais deve confirmar à adequação da indicação do TAVI, em oposição a troca valvar cirúrgica.

144. OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR

1. Cobertura obrigatória para o tratamento da micrognatia/retrognatia decorrente de deformidade óssea congênita ou adquirida.

145. PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

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

a. Cesariana programada por indicação clínica materna e/ou fetal, independentemente da idade gestacional, desde que apresentado relatório médico especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano;

b. Cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto, informada em prontuário médico ou partograma (gráfico e/ou descritivo), especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano;

c. Cesariana a pedido, desde que comprovado que a gestante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as características socioculturais da gestante e preenchidos um dos seguintes critérios:

 realizada a partir de 39 semanas completas;

 realizada por uma indicação clínica materna e/ou fetal de interrupção da gravidez, independentemente da idade gestacional;

 realizada após o início do trabalho de parto devidamente registrado em prontuário e/ou partograma (gráfico e/ou descritivo).

Para fins desta DUT entende-se:

I - Cesariana programada por indicação materna ou fetal: refere-se àquelas situações em que há um imperativo clínico, materno ou fetal, para a indicação programada do procedimento.

II - Cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto: refere-se às situações de urgência/emergência e intercorrências no trabalho de parto.

III - Cesariana a pedido: refere-se às situações em que a paciente solicita o procedimento.

IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE: termo elaborado em linguagem acessível à compreensão da gestante, considerando os aspectos socioculturais e deve conter os riscos da cirurgia cesariana; a identificação do médico assistente pelo nome completo, número do registro profissional e assinatura; e a identificação da paciente pelo nome completo, número de documento de identificação válido e assinatura, cabendo ao médico assistente a escolha do modelo de TCLE a ser utilizado.

V - Partograma: É um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, cabendo ao médico assistente a escolha do modelo de partograma a ser utilizado.

146. PD-L1 - DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com de indicação de uso de medicação em que a bula determine a presença de expressão de PD1 ou PD-L1 para o início do tratamento.

147. RADIOTERAPIA INTRA-OPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de mama inicial com as seguintes características: tumor com diâmetro de até 2,0 cm, classificado como graus I ou II, com margens livres, ausência de comprometimento axilar e não classificado como triplo negativo durante a cirurgia de mastectomia conservadora.

148. TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de úlcera de pé diabético de grau ³ 3 pela classificação de Wagner.

- Classificação de Wagner:

Grau 0 - Risco elevado, ausência de úlcera;

Grau 1 - Úlcera superficial, não infectado em termos clínicos;

Grau 2 - Úlcera profunda com ou sem celulite, ausência de abcesso ou osteomielite;

Grau 3 - Úlcera profunda com osteomielite ou formação de abcesso;

Grau 4 - Gangrena localizada;

Grau 5 - Gangrena em todo o pé.

ANEXO III

DIRETRIZES CLÍNICAS

PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE

(RN 465/2021)

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 ³ 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 urinaria e/ou fecal;

iii. - Instabilidade postural e/historia 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 [3] 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

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO - PROUT

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

(RN 465/2021)

3. 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, transverso, 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).

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.