# ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

## ANEXO I

(RN 465/2021
e suas alterações)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

# ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021
e suas alterações:)

RN nº 473/2021, vigente a partir de 08/11/2021
RN nº 478/2022, vigente a partir de 20/01/2022
RN nº 480/2022, vigente a partir de 14/02/2022
RN nº 536/2022, vigente a partir de 06/05/2022
RN nº 538/2022, vigente a partir de 22/10/2022
RN nº 541/2022, vigente a partir de 01/08/2022
RN nº 542/2022, vigente a partir de 01/09/2022
RN nº 544/2022, vigente a partir de 21/09/2022
RN nº 546/2022, vigente a partir de 03/10/2022
RN nº 571/2023, vigente a partir de 10/02/2023
RN nº 577/2023, vigente a partir de 09/05/2023
RN nº 581/2023, vigente a partir de 12/07/2023
RN nº 582/2023, vigente a partir de 01/08/2023
RN nº 584/2023, vigente a partir de 01/09/2023

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACONSELHAMENTO GENÉTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 109 | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATENDIMENTO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO (SALA DE PARTO, BERÇÁRIO E UTI) | | | | | HCO | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATENDIMENTO MÉDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIÁTRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A GESTANTES (3º TRIMESTRE) | | | | AMB | HCO | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATIVIDADE EDUCACIONAL PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR | | | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL | | | OD | | | | | | | 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 | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 86 | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR | | | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | | REF | | 135 | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FISIOTERAPEUTA | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA MÉDICA | | | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | | | OD | | | | | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SESSÃO COM PSICÓLOGO | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA COM NUTRICIONISTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | | | REF | | 103 | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL | 541/2022 | 01/08/2022 | | AMB | | | REF | | | 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 | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| VISITA HOSPITALAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES | PROCEDIMENTOS GERAIS | PROCEDIMENTOS GERAIS |
| ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO | 546/2022 | 03/10/2022 | | | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR | 546/2022 | 03/10/2022 | | | HCO | HSO | REF | PAC | | 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 | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA DIARIA ENTERAL E/OU PARENTERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | 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) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CARDIOVERSÃO ELÉTRICA COM ELETROCARDIOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) | | | OD | | | | | | | 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) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | | | OD | | | | | | | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 64 | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM ALIMENTOS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 536/2022 | 06/05/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | 152 | 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) | | | | AMB | | | REF | PAC | 54 | AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CARDIOTOCOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALÓGICO OU DIGITAL | | | | AMB | | | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | | | REF | | 56 | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL DE 5 DIAS - MAPA 5 DIAS (MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MRPA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÂO | 581/2023 | 12/072023 | | AMB | | | REF | | 162 | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA OU NÃO INVASIVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATÓRIO - MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA (PE/IO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 67 | MONITORIZAÇÕES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS | | | | AMB | | | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| AMPUTAÇÃO (PREPARAÇÃO DO COTO E TREINAMENTO PROTÉTICO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| BIOFEEDBACK COM EMG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA | | | | AMB | | | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| INFILTRAÇÃO DE PONTO GATILHO OU AGULHAMENTO SECO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REABILITACAO E REEDUCACAO DE SEQÜELAS EM TRAUMATISMOS E POLITRAUMATIZADOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUACAÇÃO E REABILITAÇÃO DE QUEIMADOS PARA PREVENÇÃO DE SEQUELAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO POR DISTÚRBIOS CONGÊNITOS OU REUMÁTICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NEURO-MÚSCULO-ESQUELÉTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO NO RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA (EXCLUI TÉCNICAS CINESIOTERÁPICAS ESPECÍFICAS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIOS CRÂNIO-FACIAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS PÉLVICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | REABILITAÇÃO | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ACTINOTERAPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 79 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APLICAÇÃO DE HIPOSSENSIBILIZANTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 80 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR | | | OD | | | | | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO | | | OD | | | | | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BETATERAPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CARDIOVERSÃO QUÍMICA DE ARRITMIA PAROXÍSTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CATETERISMO VESICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CERUMEN - REMOÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CRIOTERAPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| CURATIVOS EM GERAL COM OU SEM ANESTESIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| DILATAÇÃO URETRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA | | | OD | | | | | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 24 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE OU VITILIGO | | | | AMB | | | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| INSTILAÇÃO VESICAL OU URETRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| LESÕES MÚSCULO TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO INESPECÍFICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| PLANEJAMENTO TÉCNICO DA IMUNOTERAPIA ALÉRGENO-ESPECÍFICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| PRIAPISMO - TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| PULSOTERAPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 58 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 96 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA | | | OD | | | | | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SESSÃO DE ACUPUNTURA | | | | AMB | | | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA AVANÇADA PARA O TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 571/2023 | 10/02/2023 | | | HCO | HSO | REF | PAC | 159 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA COM ALFAGALSIDASE PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 581/2023 | 12/07/2023 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 161 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA COM ALFACERLIPONASE PARA LIPOFUSCINOSE CEROIDE NEURONAL TIPO 2 (CLN2) (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 538/2022 | 22/10/2022 | | | HCO | HSO | REF | PAC | 153 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 65 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO - VSR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 124 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA INALATÓRIA (NEBULIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA INTRAVENOSA COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO PARA DOENÇA DE PAGET | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 546/2022 | 03/10/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | 158 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITÁRIA OU INTRATECAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA ONCOLÓGICA MEDICAMENTOSA PEROPERATÓRIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 148 | TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| APÊNDICE PRÉ-AURICULAR - RESSECÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APLICAÇÃO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL INJETÁVEL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 538/2022 | 22/10/2022 | | AMB | | | REF | | 154 | PROCEDIMENTOS | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES |
| AUTONOMIZAÇÃO DE RETALHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE FACE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, LINFONODO SUPERFICIAL, UNHA, ETC | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CANTOPLASTIA UNGUEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DA HIDROSADENITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMÁTICA COM MICROENXERTOS PILOSOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES OU SEQÜELAS DE TRAUMATISMOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES E/OU MIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRIOCIRURGIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURATIVO DE QUEIMADURAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURATIVO ESPECIAL SOB ANESTESIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURETAGEM, ELETROCOAGULAÇÃO E/OU DERMOABRASÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABDOMINOPLASTIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 18 | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO DE CARTILAGEM, MUCOSA E/OU COMPOSTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO OU HOMOENXERTO DE PELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCALPO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCAROTOMIA DESCOMPRESSIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE LESÃO DE PELE E MUCOSAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR DE PARTES MOLES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE UNHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES COM OU SEM ROTAÇÃO DE RETALHOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPANSÃO TISSULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E RETALHOS CUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHO FASCIOCUTÂNEO OU AXIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXÉRESE E ENXERTO CUTÂNEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMÃO E/OU PANARÍCIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MATRICECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 51 | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA EM Z OU W | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS DE GÁLEA APONEURÓTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETALHO CUTÂNEO, MUSCULAR OU COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETRAÇÃO DE APONEUROSE PALMAR (DUPUYTREN) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 148 | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSECÇÃO DE RETALHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA UNHA (ENXERTO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS OU NEVUS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS CUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS OU MUSCULARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE LÁBIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 83 | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO COM RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RETALHOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXCISÃO EM CUNHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRENULECTOMIA LABIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DO LÁBIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÁBIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 78 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO CIRÚRGICO DO PALATO MOLE | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALVEOLOPLASTIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUMENTO DE COROA CLÍNICA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE BOCA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 81 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRIDECTOMIA | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRIDOTOMIA | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA PARA TORUS PALATINO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAUÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | OD | | | | | | 90 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CUNHA PROXIMAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXCISÃO DE LESÃO COM RECONSTRUÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA OU MAXILECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE LESÃO E ENXERTO CUTÂNEO OU MUCOSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO GENGIVAL LIVRE | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO PEDICULADO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXODONTIA A RETALHO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GENGIVECTOMIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GENGIVOPLASTIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NÚCLEO DE PREENCHIMENTO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ODONTO-SECÇÃO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PALATOPLASTIA COM RETALHO OU ENXERTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PALATOPLASTIA PARCIAL OU TOTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PALATO-QUEILOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA DO DUCTO PAROTÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PULPOTOMIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 89 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 92 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 93 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 94 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 95 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MACROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MICROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROFACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 98 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 98 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 99 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 99 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR) | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 100 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | | | | | | 101 | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ULECTOMIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ULOTOMIA | | | OD | | | | | | | BOCA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 84 | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRENULECTOMIA LINGUAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GLOSSECTOMIA COM MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS OSTEOMIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GLOSSECTOMIA COM PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUCAO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR DE LÍNGUA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LÍNGUA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 82 | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE GLÂNDULAS SALIVARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXENTERAÇÃO + PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXÉRESE DE CÁLCULO OU DE RÂNULA SALIVAR | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE INCLUINDO PELE, CARTILAGEM COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO OU CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇÃO DO RAMO ASCENDENTE DA MANDÍBULA | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLASTIA DE DUCTO SALIVAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE GLÂNDULA SALIVAR COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | GLÂNDULAS SALIVARES | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADENO-AMIGDALECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ADENOIDECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMIGDALECTOMIA LINGUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DO CAVUM, OROFARINGE OU HIPOFARINGE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRIPTÓLISE AMIGDALIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FARINGOLARINGECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE BOCA OU FARINGE | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM OU SEM MANDIBULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE POR MANDIBULOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE (VIA TRANSPALATINA OU TRANSMAXILAR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO OU DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE FARINGE, COM OU SEM ANESTESIA GERAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| UVULOPALATOFARINGOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARITENOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONFECÇÃO DE FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA PARA PRÓTESE FONATÓRIA COM MIOTOMIA FARÍNGEA - INCLUI A PRÓTESE FONATÓRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA, COM LASER | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INJEÇÃO INTRALARÍNGEA DE TOXINA BOTULÍNICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO POR RETALHOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LARINGOSCOPIA DIRETA PARA DIAGNÓSTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LARINGOTRAQUEOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA COM LASER PARA RESSECÇÃO DE LESÕES BENIGNAS OU MALIGNAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA DECORTICAÇÃO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO DE CISTO OU LESÃO INTRACORDAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO E/OU RESSECÇÃO DE TUMOR, PÓLIPO, NÓDULO, GRANULOMA OU OUTRA LESÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL (INCLUI INJEÇÃO DE MATERIAIS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIROPLASTIA COM OU SEM ROTAÇÃO DE ARITENÓIDE | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA LARÍNGEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ESTENOSE LARÍNGEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | LARINGE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA LEFORT I , II OU III- FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO-MAXILA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA SIMPLES OU COMPLEXA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO COM OU SEM FIXAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR COM OU SEM FIXAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO DE FRATURAS DE CÔNDILO MANDIBULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE MANDÍBULA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO (NA FACE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FRATURA DE MANDÍBULA COM OU SEM CONTENÇÃO, FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FRATURA DE MAXILA, REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA OU APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FRATURAS ALVEOLARES FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS E/OU COMPLEXAS DO TERÇO MÉDIO DA FACE, FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE ÓSSEA, LEVANTAMENTO CRÂNIO MAXILAR, BLOQUEIO INTERMAXILAR, ENXERTO ÓSSEO E HALO CRANIANO EVENTUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HEMIMANDIBULECTOMIA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOPLASTIAS DA ÓRBITA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOPLASTIAS DE MANDÍBULA/MAXILA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMÁTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOPLASTIAS ETMÓIDO ORBITAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA CRÂNIO-MAXILARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNATISMO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIAS ALVÉOLO PALATINAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIAS DOS MAXILARES OU MALARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 144 | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA/MAXILA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO SIMPLES DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR COM FIXAÇÃO INTERMAXILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 97 | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-MAXILO-FACIAL E BUCO NASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DA ATM | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES E EXOSTOSES | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR POR ARTROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O AUXÍLIO DE EXPANSORES DE TECIDOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE CISTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR OU FÍSTULA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMIATROFIA FACIAL, CORREÇÃO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL PARA O TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL, COM OU SEM NEUROTIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO COM RETALHO AXIAL DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS AXIAIS SUPRA-ORBITAIS E SUPRATROCLEARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS EM VY DE PEDÍCULO SUBARTERIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO COM ROTAÇÃO DO MÚSCULO TEMPORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FACE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 85 | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 87 | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE ODONTOMA | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 88 | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 88 | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | 91 | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SECCIONAL DA MANDÍBULA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITAL E RINOTOMIA LATERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE OSTEOMIOCUTÂNEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OPERAÇÃO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE MANDÍBULA COM DESARTICULAÇÃO DE ATM | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA (SEGMENTAR OU SECCIONAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MANDÍBULA E MAXILA | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CERVICOTOMIA EXPLORADORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCALENOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESVAZIAMENTO CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR, CISTO OU FÍSTULA CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA PROFUNDA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXÉRESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OPERAÇÃO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL COM OU SEM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS DE PELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO-BIÓPSIA DE PESCOÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE ESÔFAGO CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETRAÇÃO CICATRICIAL CERVICAL COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORCICOLO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA COM RETALHO CUTÂNEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PESCOÇO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE TIREÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BÓCIO MERGULHANTE: EXTIRPAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIREOIDECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM OU SEM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | TIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PARATIREÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARATIREOIDECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARATIREOIDECTOMIA SUBTOTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM IMPLANTE DE PARATIREÓIDES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE DE PARATIREÓIDE PREVIAMENTE PRESERVADA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARATIREÓIDE | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRANIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRANIOTOMIA OU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADA DE CRANIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CRANIOSSINOSTOSE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE CRÂNIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CRÂNIO | CABEÇA E PESCOÇO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO DE PÁLPEBRA - DRENAGEM | | | | AMB | | | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PÁLPEBRA | | | | AMB | | | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLEFARORRAFIA | | | | AMB | | | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CALÁZIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | | | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CANTOPLASTIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 15 | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPICANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPILAÇÃO DE CÍLIOS POR ELETRÓLISE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISSURA PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LAGOFTALMO - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO PARCIAL COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETRAÇÃO PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUPERCÍLIO - RECONSTRUÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE PÁLPEBRA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TARSORRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TELECANTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÁLPEBRA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DA ENOFTALMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA COM OU SEM OSTEOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PÁLPEBRA, CAVIDADE ORBITÁRIA E OLHOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE OU RESSECÇÃO DE TUMOR DE ÓRBITA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE ÓRBITA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM OU SEM ENXERTO ÓSSEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE SECUNDÁRIO DE ÓRBITA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA CAVIDADE ORBITAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE ORBITÁRIA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIÓPSIA DE CONJUNTIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE PTERÍGIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTITUIÇÃO DE FUNDO DE SACO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE CONJUNTIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CONJUNTIVA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CERATECTOMIA FOTOTERAPÊUTICA (PTK) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CERATECTOMIA SUPERFICIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA REFRATIVA - PRK OU LASIK (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 13 | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 121 | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 34 | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE CÓRNEA (COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARACENTESE DA CÂMARA ANTERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CÂMARA ANTERIOR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA CÂMARA ANTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÂMARA ANTERIOR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REMOÇÃO DE HIFEMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÂMARA ANTERIOR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÂMARA ANTERIOR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CRISTALINO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CRISTALINO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FACECTOMIA SEM IMPLANTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CRISTALINO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE SECUNDÁRIO / EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CRISTALINO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG LASER, APÓS CIRURGIA DE CATARATA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CRISTALINO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE VÍTREO VIA PARS PLANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENDOLASER/ENDODIATERMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 74 | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TROCA FLUIDO GASOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VITRECTOMIA A CÉU ABERTO - CERATOPRÓTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VITRECTOMIA ANTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORPO VÍTREO | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE ESCLERA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ESCLERA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO DE ESCLERA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESCLERA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUTURA DE ESCLERA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESCLERA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | BULBO OCULAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INJEÇÃO RETROBULBAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | BULBO OCULAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | BULBO OCULAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CICLOTERAPIA ANTIGLAUCOMATOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES DE DRENAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA VIA ANGULAR COM IMPLANTE DE STENT DE DRENAGEM POR TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 473/2021 | 08/11/2021 | | | HCO | HSO | REF | | 149 | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE CORÓIDE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR (EXCETO PARA CORREÇÃO ISOLADA DE DISTÚRBIOS DE REFRAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IRIDECTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IRIDOCICLECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINEQUIOTOMIA (LASER OU CIRÚRGICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÍRIS E CORPO CILIAR | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE MÚSCULOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIRURGIA COM SUTURA AJUSTÁVEL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTRABISMO CICLO VERTICAL/TRANSPOSIÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTRABISMO HORIZONTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INJEÇÃO OCULAR DE TOXINA BOTULÍNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÚSCULOS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APLICAÇÃO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE RETINA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR DE CORÓIDE E/OU CORPO CILIAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FOTOCOAGULAÇÃO (LASER) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 46 | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MAPEAMENTO DE RETINA (FUNDOSCOPIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCRIOTERAPIA PERIFÉRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANTOFOTOCOAGULAÇÃO Á LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 59 | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETINOPEXIA PNEUMÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETINOPEXIA PROFILÁTICA (CRIOPEXIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 66 | RETINA | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DA GLÂNDULA LACRIMAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DACRIOCISTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VIAS LACRIMAIS | OLHOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA PAVILHÃO AURICULAR (TEMPO FACIAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE ORELHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO PAVILHÃO AURICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO TOTAL DE ORELHA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE ORELHA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAVILHÃO AURICULAR, INCLUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINUS PRÉ-AURICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAVILHÃO AURICULAR | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ASPIRAÇÃO AURICULAR OU CURATIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE ORELHA EXTERNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORREÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE CISTO PRÉ-AURICULAR | | | | AMB | | | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FURÚNCULO - DRENAGEM | | | | AMB | | | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICONDRITE DE PAVILHÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS OU PÓLIPOS E OU BIÓPSIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - EXÉRESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA EXTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DUCHA DE POLITZER OU CURATIVO DE OUVIDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA PERILINFÁTICA - FECHAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GLOMUS JUGULAR - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GLOMUS TIMPÂNICUS - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MASTOIDECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OUVIDO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARACENTESE DO TÍMPANO - MIRINGOTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 44 | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMPANOPLASTIA - MIRINGOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUÇÃO DA CADEIA OSSICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMPANOTOMIA EXPLORADORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA MÉDIA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DOENÇA DE MENIERE - TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO OU "SHUNT" | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENXERTO INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO E DESCOMPRESSÃO DO NERVO FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE COCLEAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 33 | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LABIRINTECTOMIA (MEMBRANOSA OU ÓSSEA) - SEM AUDIÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MÉDIA OU POSTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRÍNTICA - SEM AUDIÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR DO NERVO ACÚSTICO - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ORELHA INTERNA | ORELHA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM COM OU SEM ANESTESIA GERAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTES COM LESÕES LABIO-PALATAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE NARIZ | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE COM OU SEM MICROSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORNETO INFERIOR - CAUTERIZAÇÃO LINEAR E/OU INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISTAXE - CAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA ESFENOPALATINA COM OU SEM MICROSCOPIA POR VIDEOENDOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISTAXE - LIGADURA DAS ARTÉRIAS ETMOIDAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR, COM OU SEM ANESTESIA GERAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PIRÂMIDE NASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCOPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA TRANSNASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA LIQUÓRICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DOS OSSOS NASAIS - REDUÇÃO CIRÚRGICA E GESSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DOS OSSOS NASAIS - REDUÇÃO INCRUENTA E GESSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA INTRANASAL OU TRANSPALATINA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPERFURAÇÃO COANAL - CORREÇÃO CIRURGICA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OZENA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POLIPECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO NASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMORES MALIGNOS TRANSNASAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE NARIZ, COM OU SEM ANESTESIA GERAL POR VIDEOENDOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RINECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEPTOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA NARINÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE NASAL CONGÊNITA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RINOFIMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE DEFORMIDADE TRAUMÁTICA NASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR RINOTOMIA LATERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR INTRANASAL - EXÉRESE POR VIA TRANSNASAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NARIZ | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANTROSTOMIA MAXILAR, ETMOIDECTOMIA (ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTÉRIA MAXILAR INTERNA - LIGADURA TRANSMAXILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIOPSIA - SEIOS PARANASAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOMPRESSÃO TRANSETMOIDAL DO CANAL ÓPTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ETMOIDECTOMIA EXTERNA OU INTRANASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE - PÓLIPO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCOPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MAXILECTOMIA COM OU SEM EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO MAXILAR TRANSMEÁTICA OU VIA FOSSA CANINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE ANGIOFIBROMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO MESO E INFRA-ESTRUTURA DO MAXILAR SUPERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLÁSTICO OU VIA CORONAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSECTOMIA MAXILAR CALDWELL-LUC | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSECTOMIA MAXILAR OU ETMOIDAL OU ESFENOIDAL OU FRONTAL ENDOSCÓPICA OU POR MICROSCOPIA, VIA ENDONASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR - ERMIRO DE LIMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINUSOTOMIA ESFENOIDAL OU FRONTAL INTRANASAL OU FRONTAL VIA EXTERNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO - FÍSTULA OROANTRAL OU ORONASAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SEIOS PARANASAIS | NARIZ E SEIOS PARANASAIS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DE COSTELA OU ESTERNO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COSTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTERNECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MOBILIZAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO BIÓPSIA DE COSTELA OU ESTERNO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA (COM OU SEM PRÓTESE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHOS CUTÂNEOS, MUSCULARES OU MIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ESTERNAL COM RETALHOS MUSCULARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACOTOMIA COM BIÓPSIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACOTOMIA EXPLORADORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO GRADIL COSTO-ESTERNAL (TRAUMATISMO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE ESTERNO OU COSTELA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PAREDE TORÁCICA | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA INCISIONAL DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VACUO GUIADA POR RAIO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 7 | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US OU RX - AGULHA GROSSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLETA DE FLUXO PAPILAR DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE GINECOMASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CORREÇÃO DE INVERSÃO PAPILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM E/OU ASPIRAÇÃO DE SEROMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE LESÃO DA MAMA POR MARCAÇÃO ESTEREOTÁXICA OU ROLL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE NÓDULO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISTULECTOMIA DE MAMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA AXILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR ESTEREOTAXIA, ORIENTADA POR MAMOGRAFIA, ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MASTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO DE CISTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO OU BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE AGULHA FINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| QUADRANTECTOMIA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA PLACA ARÉOLO MAMILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHOS MUSCULARES E/OU CUTÂNEOS EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MAMA PÓS-QUADRANTECTOMIA EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DA VÁLVULA APÓS COLOCAÇÃO DE EXPANSOR PERMANENTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE EM CASO DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MAMAS | PAREDE TORÁCICA | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE CUTÂNEO, ÓSSEO E/OU MUSCULAR LIGADO POR PEDÍCULO VASCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA NAS GRANDES RECONSTRUÇÕES DE CABEÇA E PESCOÇO, NAS EXTENSAS PERDAS DE SUBSTÂNCIA E NA ABLAÇÃO DE TUMORES AO NÍVEL DOS MEMBROS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTES CUTÂNEOS AUTÓLOGOS COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTES MUSCULARES AUTÓLOGOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS AUTÓLOGOS (COM OU SEM MICROANASTOMOSES VASCULARES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTES ÓSSEOS AUTÓLOGOS VASCULARIZADOS E TRANSPLANTES OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS VASCULARIZADOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | AUTOTRANSPLANTES OSTEOMIOCUTÂNEOS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE DOS MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES OU PARTES | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALÂNGICA PARA A MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE DE DEDOS DO PÉ PARA A MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRANSPLANTES, REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROCENTESE OU PUNÇÃO DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA DE ESTRUTURAS OU CAVIDADES EXTRA-ARTICULARES COM APLICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS TERAPÊUTICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA CONDROPLASTIA POR ABRASÃO, PERFURAÇÕES MÚLTIPLAS, REDUÇÃO DE FRATURAS, RESSECÇÃO OU DESBRIDAMENTOS DE FRAGMENTOS TENDÍNEOS, OSTEOCONDROMATOSE, RESSECÇÃO DE BURSAS E CALCIFICAÇÕES TENDÍNEAS, FIXAÇÃO DE FRATURAS E FRAGMENTOS OSTEOCONDRAIS, DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, SINOVECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E ATRODESE EM GERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTROSCOPIA P/ DIAGNÓSTICO COM OU SEM BIÓPSIA SINOVIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA PARA DESCOMPRESSÃO SUBACROMIAL COM ROTURA DO MANGUITO ROTADOR, RESSECÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA, ARTRODESE DO OMBRO, FIXAÇÃO MENISCA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA PARA SINOVECTOMIAS E RESSECÇÃO DE MENISCOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA PARA RECONSTRUÇÃO, RETENCIONAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE INFECÇÃO, REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS OU FRAGMENTOS LIVRES, SINOVECTOMIA PARCIAL (PLICAS), ADERÊNCIAS, MANIPULAÇÕES, DESBRIDAMENTOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTROSCOPIA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE HALO CRANIANO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAÇÃO | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAÇÃO CUTÂNEA E OU TRANSESQUELETICA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAÇÃO | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE PRÓTESES DE SUBSTITUIÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | | | | | HCO | HSO | REF | | | RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE (QUALQUER MATERIAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APARELHOS GESSADOS (QUALQUER TIPO E LOCALIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMOBILIZAÇÕES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER LOCALIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMOBILIZAÇÕES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE MEMBRO OU SEGMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA COM OU SEM IMPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOENXERTO ÓSSEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ÓSSEA COM OU SEM AGULHA - QUALQUER LOCALIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIAS PERCUTÂNEA SINOVIAL OU DE TECIDOS MOLES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO, SUBCUTÂNEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA E OU CONGÊNITA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURETAGEM OU RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUÇÃO E ENXERTO VASCULARIZADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTOS EM PSEUDARTROSES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MANIPULAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM ANESTESIA GERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PREPARAÇÃO E REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, ORIENTADA OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA/ ARTROCENTESE (INFILTRAÇÃO/AGULHAMENTO SECO) ORIENTADO OU NÃO POR MÉTODO DE IMAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE LESÃO COM CIMENTAÇÃO E OSTEOSÍNTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÃO DE ARTROPLASTIA (QUALQUER SEGMENTO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO - ENCURTAMENTO COM OU SEM OSTEOSSINTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRURGICO ALONGAMENTO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINAMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDOARTROSE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA COM OU SEM FIXADOR EXTERNO (DINÂMICO OU NÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES LIGAMENTARES (AGUDAS OU CRÔNICAS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO E/OU AVULSÕES | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO - TRATAMENTO CIRURGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS GERAIS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU PÓSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 133 | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DA COLUNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL - HÉRNIA DE DISCO LOMBAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORDOTOMIA - MIELOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FRATURA DO CÓCCIX - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DO CÓCCIX - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS OU FRATURA-LUXAÇÃO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMIVÉRTEBRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA OU INTRADURAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE OUTRAS AFECÇÕES DA COLUNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE INFANTIL | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COSTELA CERVICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DISRAFISMO ESPINHAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DORSO CURVO OU ESCOLIOSE OU CIFOSE OU GIBA COSTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITOSES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | COLUNA VERTEBRAL | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA ESCAPULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DOENÇA DE SPRENGEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCÁPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LUXAÇÕES CRÔNICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOMIELITE AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRAÇO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSOS DE DEDO (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AGENESIA DE RÁDIO (CENTRALIZAÇÃO DA ULNA NO CARPO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO DO RÁDIO/ULNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO BRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DOS METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO TRANSMETACARPIANA COM TRANSPOSIÇÃO DE DEDO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE RÁDIO-CÁRPICA OU DO PUNHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MÃO (MF OU IF) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA DO PUNHO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIAS SEM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ANTEBRAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DO ÚMERO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DA MÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRIDAS CONGÊNITAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAPSULECTOMIA METACARPO-FALANGEANA OU INTERFALANGEANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CENTRALIZAÇÃO DA ULNA (TRATAMENTO DA MÃO TORTA RADIAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COTO DE AMPUTAÇÃO DIGITAL - REVISÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DEDO EM BOTOEIRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO ÓSSEO (PERDA DE SUBSTÂNCIA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE TENDÃO DE MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FALANGIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FIXADOR EXTERNO DINÂMICO COM OU SEM ALONGAMENTO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DO METACARPIANO - TRATAMENTO CONSERVADOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO C/ FIXAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DO CARPO - TRATAMENTO CONSERVADOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FRATURAS E OU LUXAÇÕES - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E OU LUXAÇÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE METACARPIANOS - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS OU CRÔNICAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGAMENTOPLASTIA COM ÂNCORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LUXAÇÃO DO CARPO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LUXAÇÃO METACARPOFALANGEANA-TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOMIELITE DE ÚMERO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOMIELITE DE ÚMERO - TRATAMENTO INCRUENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOMIELITE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM OU SEM USO DE MINIPARAFUSO OU FIXADOR EXTERNO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POLICIZAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA DIGITAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POLIDACTILIA ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PRÓTESE (IMPLANTE) PARA OSSOS DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSEUDARTROSE DO ESCAFÓIDE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PSEUDARTROSE DOS OSSOS DA MÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PSEUDARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA FALANGE COM RETALHO HOMODIGITAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DO POLEGAR COM RETALHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDUÇÃO INCRUENTA DAS ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE DE MEMBROS OU PARTES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REPARAÇÕES CUTÂNEAS COM RETALHO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO E/ OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE APONEUROSE PALMAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE OSSO DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO DE DEDOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEQUESTRECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINOVECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SINOVECTOMIA DE PUNHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO DE DEDO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO DO RÁDIO PARA ULNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRODIASTASE COM OU SEM FIXADOR EXTERNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONTRATURA ISQUÊMICA DE VOLKMANN | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DE DEDOS, COM OU SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA COM OU SEM EMPREGO DE EXPANSOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA MÚLTIPLA COM EMPREGO DE EXPANSOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINOSTOSE RÁDIO-ULNAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ROTURAS TENDINO-LIGAMENTARES DA MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO DE MÃO E DEDOS, ESPAÇOS PALMARES, DORSAIS E COMISSURAIS E TENOSSINOVITES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÙRGICO DE ENCURTAMENTO SEGMENTAR DOS OSSOS COM OSTEOSSÍNTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO GIGANTISMO EM MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO DA DOENÇA DE KIENBOCK COM TRANSPLANTE VASCULARIZADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE COM PERDA DE SUBSTÂNCIAS DE METACARPIANO E FALANGES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO COM OU SEM FIXAÇÃO COM MICRO PARAFUSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS SUPERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE / FRATURA DE ACETÁBULO (LIGAMENTOTAXIA) COM OU SEM FIXADOR EXTERNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODIASTASE DE QUADRIL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DO QUADRIL (GIRDLESTONE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL INFECTADA (INCISÃO E DRENAGEM ARTRITE SÉPTICA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROTOMIA COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA COXO-FEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DA CINTURA PÉLVICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO ABDOMINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIFISIODESE C/ ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FÊMUR (FIXAÇÃO "IN SITU") | | | | | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE ACETÁBULO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CINTURA PÉLVICA | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

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

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO DE PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE PODODÁCTILOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PÉ (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE DE TARSO E/OU MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRODESE METATARSO - FALÂNGICA OU INTERFALÂNGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA DE TORNOZELO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTRORRISE DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DE FÊMUR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DE JOELHO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DE TÍBIA OU FÍBULA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DO TORNOZELO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DOS OSSOS DO PÉ | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ÓSSEA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA COM FIXADOR EXTERNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESARTICULAÇÃO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENCURTAMENTO DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIFISIODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIFISIODESE DE TÍBIA / FÍBULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FASCIOTOMIA OU RESSECÇÃO DE FASCIA PLANTAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA (INCLUSIVE OSTEOCONDRAL) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FÊMUR - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FÊMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FÍBULA - (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE FÍBULA (INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURAS, PSEUDARTROSES, CORREÇÃO DE DEFORMIDADES E ALONGAMENTOS COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES CRÔNICAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS EM JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MENISCORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL DE JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE OSSO DO PÉ | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÕES DE ARTROPLASTIA TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÕES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR EM JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÕES DE RECONSTRUÇÕES INTRA-ARTICULARES DE JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - REDUÇÃO INCRUENTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TOALETE CIRÚRGICA - CORREÇÃO DE JOELHO FLEXO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO DE FÍBULA/TÍBIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE OU OSTEOARTRITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADES DOS DEDOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EPIFISITES E TENDINITES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO EM PÉ | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL DE JOELHO, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES INTRÍNSECAS OU COMPLEXAS DE JOELHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA AO NÍVEL DO PÉ | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES, COMPLEXA OU MÚLTIPLA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALLUX VALGUS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO COM OU SEM FIXADOR EXTERNO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEMBROS INFERIORES | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE MÚSCULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESINSERÇÃO OU MIOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DISSECÇÃO MUSCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM CIRÚRGICA DO PSOAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FASCIOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MIORRAFIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÚSCULOS E FASCIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ALONGAMENTO DE TENDÕES - TRATAMENTO CRUENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIAS CIRÚRGICAS DE TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENCURTAMENTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SÍNDROME DO CANAL CARPIANO - TRATAMENTO CRUENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENODESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENÓLISE NO TÚNEL ÓSTEO FIBROSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENÓLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOSSINOVECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ARTRODESE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO E ENXERTO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SIMPLES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMORES DE TENDÃO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TENDÕES, BURSAS E SINÓVIAS | SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL, TRAQUEOBRÔNQUICA OU BRÔNQUICA, INCLUSIVE POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLASTIA DE TRAQUEOSTOMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO TRAQUEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO CARINAL (TRAQUEOBRÔNQUICA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEOSTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE OU PRÓTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRÔNQUICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TROCA DE PRÓTESE TRÁQUEO-ESOFÁGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TRAQUÉIA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BRÔNQUIOS | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BRÔNQUIOS | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BRÔNQUIOS | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BRÔNQUIOS | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE MOLDE BRÔNQUICO POR TORACOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BRÔNQUIOS | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BULECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO PULMONAR CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMBOLECTOMIA PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOBECTOMIA POR MALFORMAÇÃO PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOBECTOMIA PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| METASTASECTOMIA PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| METASTASECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NODULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PNEUMONECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PNEUMORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEO-CAVITÁRIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEGMENTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PULMÃO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE PLEURA POR AGULHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCORTICAÇÃO PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEURECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PLEURODESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEURODESE POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEUROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEUROSCOPIA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLEUROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO PLEURAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REPLEÇÃO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUÇÃO DE ANTIBIÓTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENDA PLEURAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TENDA PLEURAL POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PLEURA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE LINFONODOS PRÉ-ESCALÊNICOS OU DO CONFLUENTE VENOSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÔFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESÔFAGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGADURA DE ARTÉRIAS BRÔNQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGADURA DO DUCTO-TORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEDIASTINOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEDIASTINOSCOPIA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEDIASTINOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEDIASTINOTOMIA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE BÓCIO INTRATORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TIMECTOMIA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA MEDIASTINITE | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPÊUTICA POR TORACOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MEDIASTINO | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ABSCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | DIAFRAGMA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | DIAFRAGMA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | DIAFRAGMA | SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPLIAÇÃO DE ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COARCTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONFECÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM CIRURGIA VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | DEFEITOS CARDÍACOS CONGÊNITOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | VALVOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA MULTIVALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | VALVOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COMISSUROTOMIA VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | VALVOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLASTIA VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | VALVOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TROCA VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | VALVOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANEURISMECTOMIA DE VE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORONARIOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORONARIOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM CIRURGIA VALVAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORONARIOPATIAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CÁRDIO-ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE), TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 35 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 36 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 40 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 41 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 42 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 43 | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO (INCUI ELETRODOS E GERADOR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO (INCUI ELETRODOS E GERADOR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECOLOCAÇÃO DE ELETRODOS E/OU GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES | | | | | HCO | HSO | REF | | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO DE MARCA-PASSO E/OU CÁRDIO-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL COM AUXÍLIO DE DILATADOR MECÂNICO, LASER OU RADIOFREQUÊNCIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DO SISTEMA OU TROCA DE GERADOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | MARCA-PASSO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | OUTROS PROCEDIMENTOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT NA AORTA COM OU SEM CEC | | | | | HCO | HSO | REF | | | OUTROS PROCEDIMENTOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DERIVAÇÃO CAVO-ATRIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | OUTROS PROCEDIMENTOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA CONVENCIONAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | OUTROS PROCEDIMENTOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTALAÇÃO DO CIRCUÍTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM CRIANÇAS DE BAIXO PESO (10 KG) | | | | | HCO | HSO | REF | | | OUTROS PROCEDIMENTOS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANEURISMAS DE AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTÉRIA RENAL - REVASCULARIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL - PARA PAM | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMAS QUALQUER LOCALIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENDARTERECTOMIAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE AORTO BIILÍACA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE AORTO-ILÍACA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE ARTERO-ARTERIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE AXILO-BIFEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE AXILO-FEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE DISTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTE FÊMORO-FEMORAL CRUZADA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PONTES TRANSCERVICAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REOPERAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR GLÔMICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME VÉRTEBRO BASILAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR CAROTÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRONCO CELÍACO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA ARTERIAL | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE RESTAURAÇÃO VENOSA COM PONTES | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURA CIRÚRGICA DA IMPOTÊNCIA COEUNDI VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURA CIRÚRGICA DE HIPERTENSÃO PORTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FULGURAÇÃO DE TELANGIECTASIAS | | | | AMB | | | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA VEIA CAVA INFERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TROMBECTOMIA VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VALVULOPLASTIA OU INTERPOSIÇÃO DE SEGMENTO VALVULADO VENOSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VENOSA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ÍLIO-ILÍACA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFÁLICA EXTRACRANIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA COMPLEMENTAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA - CIRURGIA RADICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÊNITA PARA REDUÇÃO DE FLUXO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA DIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORÁCICOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TROMBOEMBOLECTOMIA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO E RETIRADA DE SHUNT TEMPORÁRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONSTRUÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS (SESSÃO DE HEMODIÁLISE, HEMOFILTRAÇÃO, HEMODIAFILTRAÇÃO ISOLADA, PLASMAFÉRESE OU HEMOPERFUSÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMODIÁLISE CONTÍNUA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMODIÁLISE CRÔNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPLANTE POR PUNÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE CIRÚRGICO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE CATETER PARA HEMODIÁLISE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE SHUNT OU DESATIVAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ULTRAFILTRAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO TORÁCICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁCICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA VASCULAR DE URGÊNCIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE CRIOABLAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL PAROXÍSTICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTÉRIA PULMONAR E RAMOS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS OU DE BIFURCAÇÃO COM IMPLANTE DE STENT | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA POR BALÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ATRIOSSEPTOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÕES (CATETER OU GUIA) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO CARDÍACO COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRÁFICO OU CINEANGIOGRÁFICO DA AORTA E/OU RAMOS TÓRACO-ABDOMINAIS E/OU MEMBROS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINÂMICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRÁFICO E DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO CARDÍACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRÁFICO DA ARTÉRIA PULMONAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERIZAÇÃO CARDÍACA E POR VIA TRANSEPTAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EMBOLOTERAPIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO COM OU SEM AÇÃO FARMACOLÓGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MAPEAMENTO ELETROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 53 | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTUDO HEMODINÂMICO DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM CRIANÇAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE MARCA-PASSO PROVISÓRIO OU COLOCAÇÃO DE CATETER INTRACAVITÁRIO PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE PRÓTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALÃO CONCOMITANTE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INFUSÃO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLÍTICAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 143 | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE "SHUNTS" INTRACARDÍACOS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE FÍSTULA E/OU CONEXÕES SISTÊMICO PULMONARES | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OCLUSÃO PERCUTÂNEA DO CANAL ARTERIAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, EXCETO ATRIOSSEPTOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-AÓRTICO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECANALIZAÇÃO MECÂNICA DO IAM POR ANGIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO PERCUTÂNEO DO ANEURISMA/DISSECÇÃO DA AORTA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS) | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DISSECÇÃO DE VEIA PARA IMPLANTAÇÃO DE CATETER CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL PROLONGADA (NPP) OU QUIMIOTERAPIA (QT) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ACESSOS VASCULARES | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TORACOTOMIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ACESSOS VASCULARES | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA DO LEITO (SWAN-GANZ) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ACESSOS VASCULARES | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA TEMPORÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ACESSOS VASCULARES | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA OU DISSECÇÃO DE VEIA PARA COLOCAÇÃO CATETER | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ACESSOS VASCULARES | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANASTOMOSE LINFOVENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DOENCA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIGROMA CÍSTICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFANGIOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LINFEDEMA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MARSUPIALIZAÇÃO DE LINFOCELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MARSUPIALIZAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LINFOCELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO BIÓPSIA GANGLIONAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CIRURGIA LINFÁTICA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DO PERICÁRDIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DO PERICÁRDIO POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICARDIOCENTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VÍDEO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERICÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATÓRIA TOTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | HIPOTERMIA | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DO MIOCÁRDIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | MIOCÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | MIOCÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA DE TUMORES INTRACARDÍACOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | MIOCÁRDIO | SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DISSECÇÃO DO ESÔFAGO TORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA, GASTROPLASTIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESOFAGORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESOFAGORRAFIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESOFAGOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTENOSE DE ESÔFAGO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA TRÁQUEO ESOFÁGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO COM TRANSPLANTE DE INTESTINO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E/OU TORÁCICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGICA - CÓLON OU TUBO GÁSTRICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ATRESIA DE ESÔFAGO COM OU SEM FÍSTULA TRAQUEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES ESOFÁGICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÔFAGO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUNELIZAÇÃO ESOFÁGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESÔFAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 16 | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DEGASTROGASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM OU SEM TORACOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIALCOM OU SEM LINFADENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTROENTEROANASTOMOSE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 27 | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTRORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTROSTOMIA CONFECÇÃO / FECHAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GASTROSTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PILOROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES GÁSTRICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VAGOTOMIA (QUALQUER TIPO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESTÔMAGO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANORRETOMIOMECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APENDICECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ATRESIA INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE ABAIXAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO MESENTÉRICO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECTOMIA COM OU SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLECTOMIA COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECTOMIA COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO DE SONDA ENTERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA - CONFECÇÃO / FECHAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOTOMIA E COLORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESTORÇÃO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA OU POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DISTORÇÃO DE VOLVO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIVERTÍCULO DE MECKEL - EXÉRESE POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DUPLICAÇÃO DO TUBO DIGESTIVO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTERECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTERECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTERO-ANASTOMOSE | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTERO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTEROPEXIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESPORÃO RETAL - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESVAZIAMENTO PÉLVICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESVAZIAMENTO PÉLVICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FECALOMA - REMOÇÃO MANUAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FIXAÇÃO DO RETO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FIXAÇÃO DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ÍLEO MECONIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INVAGINAÇÃO INTESTINAL COM OU SEM RESSECÇÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEGACÓLON CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEMBRANA DUODENAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÂNCREAS ANULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PERFURAÇÃO DUODENAL OU DELGADO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PILOROMIOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCIDÊNCIA DO RETO - REDUÇÃO MANUAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCTOCOLECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCTOCOLECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE INTESTINO DELGADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETOSSIGMOIDECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR ANORRETAL - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | INTESTINOS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO ISQUIO-RETAL - DRENAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CERCLAGEM ANAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO DO RETO - RETIRADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRIPTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DILATAÇÃO DO ÂNUS E/OU DO RETO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESFINCTEROPLASTIA ANAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESFINCTEROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO DE PLICOMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA RETO-VAGINAL E FÍSTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISTULECTOMIA ANAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISTULECTOMIA ANORRETAL COM ABAIXAMENTO MUCOSO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FISTULECTOMIA PERINEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMORRÓIDAS - LIGADURA ELÁSTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HEMORRÓIDAS - TRATAMENTO ESCLEROSANTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LACERAÇÃO ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÃO ANAL - ELETROCAUTERIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PAPILECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÓLIPO RETAL - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROLAPSO RETAL - ESCLEROSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROLAPSO RETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PRURIDO ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO TOTAL ANOPERINEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETOCELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TROMBOSE HEMORROIDÁRIA - EXÉRESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÂNUS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA HEPÁTICA POR LAPAROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA HEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSPARIETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTOJEJUNOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLÉDOCO OU HEPATICOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLÉDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLEDOSCOPIA INTRA-OPERATÓRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DERIVAÇÃO PORTO SISTÊMICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESCONEXÃO ÁZIGOS - PORTAL COM OU SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESVASCULARIZAÇÃO HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCLEROSE PERCUTÂNEA DIRIGIDA OU NÃO DE TUMOR HEPÁTICO (ALCOOLIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEPATORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOBECTOMIA HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO HEPÁTICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO DE COLÉDOCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 1 | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 1 | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 1 | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM OU SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM OU SEM HEPATECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEQUESTRECTOMIA HEPÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRISSEGMENTECTOMIAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PÂNCREAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PÂNCREAS POR PUNÇÃO DIRIGIDA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENUCLEAÇÃO DE TUMORES PANCREÁTICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCREATECTOMIA PARCIAL OU TOTAL / SEQUESTRECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCREATO-ENTEROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PANCREATORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PSEUDOCISTO PÂNCREAS - DRENAGEM POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÂNCREAS | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ESPLÊNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BAÇO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESPLENECTOMIA TOTAL OU PARCIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BAÇO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BAÇO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESPLENORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BAÇO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIÁLISE PERITONEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) - TREINAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIPLOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE OU RETIRADA DE CATETER PERITONEAL (TENCKHOFF OU OUTROS) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OMENTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OMENTECTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERITÔNIO | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE PAREDE ABDOMINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO SACRO-COCCÍGEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HÉRNIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA COM OU SEM RESSECÇÃO INTESTINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA CRURAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA CRURAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA INCISIONAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA INGUINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HERNIORRAFIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ABDOME, PAREDE E CAVIDADE | SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

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

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADRENALECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANGIOPLASTIA RENAL TRANSLUMINAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA RENAL CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTO RENAL - ESCLEROTERAPIA PERCUTÂNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENDOPIELOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA PIELO-CUTÂNEA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOMBOTOMIA EXPLORADORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS RENAIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRECTOMIA COM URETERECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROLITOTOMIA SIMPLES, ANATRÓFICA OU PERCUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (PNEUMÁTICA OU PNEUMÁTICO-BALÍSTICA – MEC; ELETROHIDRÁULICA - E.H.; OU ULTRASSOM - U.S.) | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA A LASER | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROPEXIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFROURETERECTOMIA COM RESSECÇÃO VESICAL LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOLITOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES OU ANATRÓFICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PIELOTOMIA EXPLORADORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNÓSTICO DE REJEIÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SINFISIOTOMIA (RIM EM FERRADURA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRANSURETERO ANASTOMOSE | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA PIELO-INTESTINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR RENAL - ENUCLEAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR WILMS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMORES RETRO-PERITONEAIS - EXÉRESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA CIRÚRGICA DE URETER | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETER | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CATETERISMO URETERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO CIRÚRGICA DE DUPLO J | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO NEFROSCÓPICA DE DUPLO J | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VÉSICO-URETERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DUPLICAÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA (TRATAMENTO CIRÚRGICO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA URETERO-INTESTINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA URETERO-VAGINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEATOTOMIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 122 | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA, INTRA OU TRANSVESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETEROINTESTINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCÓPICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETERO-VESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCÓPICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO DE URETER | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSURETEROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETERECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROCELE -TRATAMENTO CIRURGICO OU ENDOSCOPICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROILEOCISTOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROILEOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETERÓLISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROLITOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETERORRENOLITOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETERORRENOLITOTRIPSIA A LASER | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA (MEC., E.H., OU US) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| URETEROSSIGMOIDOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROSSIGMOIDOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROSTOMIA CUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROTOMIA INTERNA PERCUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCÓPICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROURETEROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETER | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPLIAÇÃO VESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BEXIGA PSÓICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA VESICAL A CÉU ABERTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CÁLCULO VESICAL - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA (INCLUI PRÓSTATA OU ÚTERO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOLITOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOLITOTRIPSIA A LASER | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (U.S., E.H., E.C.) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOPLASTIA REDUTORA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOSTOMIA CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CISTOSTOMIA POR PUNÇÃO COM TROCATER | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIVERTICULECTOMIA VESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTROFIA EM CLOACA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL, SINTÉTICO OU AUTÓLOGO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DE COLO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOBEXIGA CONTINENTE (CUTÂNEA, RETAL OU URETRAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÓLIPOS VESICAIS - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO E ASPIRAÇÃO VESICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE URETERO-VESICAL À BOARI | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETENÇÃO POR COÁGULO - ASPIRAÇÃO VESICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA ENDOSCÓPICA DE DUPLO J | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR VESICAL - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 73 | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VESICOSTOMIA CUTÂNEA - CONFECÇÃO OU FECHAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BEXIGA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE URETRA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORPO ESTRANHO OU CÁLCULO - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DIVERTÍCULO URETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ELETROCOAGULAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESFINCTEROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FÍSTULA URETRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 48 | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO (EXCETO ESFÍNCTER ARTIFICIAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INJEÇÕES PERIURETRAIS (INCLUINDO URETROCISTOCOPIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEATOPLASTIA (RETALHO CUTÂNEO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MEATOTOMIA URETRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE CARÚNCULA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE VÁLVULA URETRAL POSTERIOR | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR URETRAL - EXCISÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETRECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETROSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| URETROTOMIA INTERNA COM OU SEM PRÓTESE ENDOURETRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | URETRA | SISTEMA URINÁRIO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO DE PRÓSTATA - DRENAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ADENOMA - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA PROSTÁTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FOTOVAPORIZAÇÃO DE PRÓSTATA A LASER POR VIA ENDOSCÓPICA | 582/2023 | 01/08/2023 | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - EVACUAÇÃO E IRRIGAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA - REVISÃO E/OU HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPERTROFIA PROSTÁTICA - IMPLANTE DE PRÓTESE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPERTROFIA PROSTÁTICA - TRATAMENTO POR DILATAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROSTATAVESICULECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROSTATECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA ESCROTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DE ABSCESSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ELEFANTÍASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE CISTO ESCROTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DA BOLSA ESCROTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ESCROTO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTÍCULO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE TESTÍCULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESCROTO AGUDO - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIDROCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ORQUIDOPEXIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ORQUIDOPEXIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ORQUIECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO DA VAGINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REPARAÇÃO PLÁSTICA (TRAUMA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TORÇÃO DE TESTÍCULO - CURA CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TUMOR DE TESTÍCULO - RESSECÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VARICOCELE - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TESTÍCULO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE EPIDÍDIMO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EPIDÍDIMO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM DE ABSCESSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EPIDÍDIMO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIDIDIMECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | EPIDÍDIMO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPIDIDIMOVASOPLASTIA (INCLUINDO MICROCIRURGIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | EPIDÍDIMO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE CISTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EPIDÍDIMO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESPERMATOCELECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CORDÃO ESPERMÁTICO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DO DEFERENTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORDÃO ESPERMÁTICO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 12 | CORDÃO ESPERMÁTICO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VASOVASOANASTOMOSE (EXCETO PARA REVERSÃO DE VASECTOMIA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | CORDÃO ESPERMÁTICO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMPUTAÇÃO PARCIAL OU TOTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA PENIANA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DOENÇA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EMASCULAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO OU FASCEÍTE NECROTIZANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISPADIA - RECONSTRUÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EPISPADIA COM INCONTINÊNCIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FRATURA DE PÊNIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPOSPADIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE PRÓTESE SEMI-RÍGIDA (EXCLUI PRÓTESES INFLÁVEIS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOFALOPLASTIA COM OU SEM RECONSTRUÇÃO URETRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARAFIMOSE - REDUÇÃO MANUAL OU CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PÊNIS CURVO CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA - RETALHO CUTÂNEO À DISTÂNCIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA DE CORPO CAVERNOSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PLÁSTICA DO FREIO BÁLANO-PREPUCIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| POSTECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO DE PÊNIS COM ENXERTO - PLÁSTICA TOTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REIMPLANTE DO PÊNIS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVASCULARIZAÇÃO PENIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PÊNIS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ABSCESSO PERINEAL - DRENAGEM CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BARTOLINECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE VULVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VULVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CLITORIDECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CLITOROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE GLÂNDULA DE SKENE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INCISÃO E DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN OU SKENE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VULVECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VULVA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE VAGINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DA VAGINA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLPECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLPOCLEISE (LEFORT) | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLPOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA (INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXÉRESE DE CISTO VAGINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| FÍSTULA GINECOLÓGICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIMENOTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOVAGINA (CÓLON, DELGADO, TUBO DE PELE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | VAGINA | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DO COLO UTERINO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DO ENDOMÉTRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA, OU ELETROCAUTERIZAÇÃO, OU CRIOCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES DE COLO UTERINO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA E/OU TERAPÊUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO UTERINO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DILATAÇÃO DO COLO UTERINO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO DE PÓLIPO CERVICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA SUBTOTAL (VIA ALTA OU BAIXA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA TOTAL (VIA ALTA OU BAIXA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (VIA ALTA OU BAIXA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA AMPLIADA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA (VIA ALTA OU BAIXA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANEXECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCÓPIO PARA MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA, METROPLASTIA, ENDOMETRECTOMIA E RESSECÇÃO DE SINÉQUIAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE DISPOSITIVO/SISTEMA INTRAUTERINO (DIU/SIU) HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO | 542/2022 | 01/09/2022 | | AMB | | | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO | | | | AMB | | | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| METROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MIOMECTOMIA UTERINA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ÚTERO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 11 | TUBAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SALPINGECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TUBAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOSSALPINGOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TUBAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEOSSALPINGOSTOMIA LAPAROSCÓPICA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TUBAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SALPINGECTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | TUBAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OOFORECTOMIA OU OOFOROPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | OVÁRIOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| OOFOROPLASTIA OU OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | OVÁRIOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSLOCAÇÃO DE OVÁRIOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | OVÁRIOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE DEFEITO LATERAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORREÇÃO DE ENTEROCELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERINEORRAFIA E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DO SEPTO RETO-VAGINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SEIO UROGENITAL - PLÁSTICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PERÍNEO | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA DO PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DO PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CULDOPLASTIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA COM OU SEM BIÓPSIA - INCLUI CROMOTUBAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONIAIS OU SALPINGÓLISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIBERAÇÃO LAPAROSCÓPICA DE ADERÊNCIAS PÉLVICAS, COM OU SEM RESSECÇÃO DE CISTOS PERITONEAIS OU SALPINGOLISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGADURA DE VEIA OVARIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LIGAMENTOPEXIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL OU DO NERVO GÊNITO-FEMORAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO OU LIGADURA DE VARIZES PÉLVICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESSECÇÃO OU LIGADURA LAPAROSCÓPICA DE VARIZES PÉLVICAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SECÇÃO DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS | | | | | HCO | | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS | | | | | HCO | | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING) | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DE CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING) VIA LAPAROSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CAVIDADE E PAREDES PÉLVICAS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AMNIORREDUÇÃO OU AMNIOINFUSÃO | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) PÓS-ABORTAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CERCLAGEM DO COLO UTERINO | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EMBRIOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| GRAVIDEZ ECTÓPICA - CIRURGIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MATURAÇÃO CERVICAL PARA INDUÇÃO DE ABORTAMENTO OU TRABALHO DE PARTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INVERSÃO UTERINA - REDUÇÃO MANUAL OU TRATAMENTO CIRURGICO | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARTO POR VIA VAGINAL | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | | REF | | 145 | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÃO OBSTÉTRICA DE PARTO OCORRIDO FORA DO HOSPITAL (INCLUI EXAME, DEQUITAÇÃO E SUTURA DE LACERAÇÕES ATÉ DE 2º GRAU) | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA | | | | | HCO | | REF | | | PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS | SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CRANIOTOMIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DRENAGEM ESTEREOTÁXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABSCESSOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| HIPOFISECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 38 | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE ESTEREOTÁXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE INTRACEREBROVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS | 538/2022 | 22/10/2022 | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 45 | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS (INSTALAÇÃO, RETIRADA OU REVISÕES) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 72 | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MENINGOENCEFALOCELE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS COM OU SEM MICROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA REGIÃO SELAR POR ACESSO ENDOSCÓPICO OU CONVENCIONAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO ENCEFÁLICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA EXTRADURAL, SUBDURAL OU INTRACEREBRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO PRÉ-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS | | | | | HCO | | REF | | | ENCÉFALO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 17 | MEDULA | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 37 | MEDULA | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | 55 | MEDULA | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PUNÇÃO LIQUÓRICA RAQUIANA OU CISTERNAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEDULA | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS PUNÇÃO (NÃO INDICADO NA PROFILAXIA DA CEFALÉIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MEDULA | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANASTOMOSE ESPINO-FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANASTOMOSE HIPOGLOSSO-FACIAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BIÓPSIA DE NERVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO FENÓLICO E/OU ALCOÓLICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 8 | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO DE NERVO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ENXERTO PARA REPARO DE NERVO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS (COM OU SEM ENXERTO INTERFASCICULAR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA) | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| EXTIRPAÇÃO DE NEUROMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 39 | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÃO DE NERVOS ASSOCIADA À LESÃO ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÃO ESTEREOTÁXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA DE NERVOS PERIFÉRICOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICRONEURÓLISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICRONEURÓLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MICRONEURORRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEURÓLISE DAS SÍNDROMES COMPRESSIVAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEUROTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEUROTRIPSIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REPOSIÇÃO DE FÁRMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RESSECÇÃO DE NEUROMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| REVISÃO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | | 62 | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SIMPATECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPOSIÇÃO DE NERVO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS PERIFÉRICOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCOMPRESSÃO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS CRANIANOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | NERVOS CRANIANOS | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO CÉRVICO TORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO | SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA PARA TRANSPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE DE CÓRNEA | | | | | HCO | HSO | REF | | | CÓRNEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE HEPÁTICO (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO) | 546/2022 | 03/10/2022 | | | HCO | HSO | REF | | | FÍGADO E VIAS BILIARES | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM DOADOR VIVO - PARA TRANSPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| RETIRADA PARA TRANSPLANTE | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | RIM | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| AFÉRESE PARA PACIENTE ABO INCOMPATÍVEL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PROCESSADORA AUTOMÁTICA (AFÉRESE TERAPÊUTICA) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA POR PUNÇÃO MEDULAR ASPIRATIVA DIRETA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DESCONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DETERMINAÇÃO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLÔNIAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| DETERMINAÇÃO DE VIABILIDADE CELULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ESTIMULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| MANUTENÇÃO POR CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA (ATÉ 2 ANOS) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PREPARO E FILTRAÇÃO DO ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PREPARO PARA CONGELAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PROCESSAMENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA MEDULA ÓSSEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POSITIVAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 70 | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 71 | MEDULA ÓSSEA | TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ANESTESIA GERAL OU CONDUTIVA PARA REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROLÍTICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS CRANIANOS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO CELÍACO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO ANESTÉSICO SIMPÁTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM ANESTÉSICO LOCAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO COM NEUROLÍTICO | | | | | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXOS NERVOSOS (LOMBOSSACRO, BRAQUIAL, CERVICAL) PARA TRATAMENTO DE DOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO FACETÁRIO PARA-ESPINHOSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO NEUROLÍTICO DE NERVOS CRANIANOS OU CÉRVICO-TORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR OU TORÁCICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO NEUROLÍTICO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM CORTICÓIDE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| BLOQUEIO SIMPÁTICO POR VIA VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| INSTALAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA ANALGESIA EM DOR AGUDA OU CRÔNICA, POR QUALQUER VIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| PASSAGEM DE CATÉTER PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO COM BLOQUEIO DE PROVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BLOQUEIOS ANESTÉSICOS DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES | OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS |
| ECG CONVENCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECG DE ALTA RESOLUÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORÇADA, CONSUMO DE O2, PRODUÇÃO DE CO2 E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 68 | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE ERGOMÉTRICO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO) COM OU SEM ELETROCARDIOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE ERGOMÉTRICO COM REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ECG - TE | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MANOMETRIA ANORRETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TUBO DIGESTIVO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MANOMETRIA ESOFÁGICA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TUBO DIGESTIVO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PH-METRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TUBO DIGESTIVO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PH-METRIA ESOFÁGICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TUBO DIGESTIVO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLETISMOGRAFIA PENIANA NOTURNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TUBO DIGESTIVO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR CONDICIONADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO/INTELIGIBILIDADE (LOGOAUDIOMETRIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 5 | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 5 | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EEG INTRA-OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA NÃO NEUROLÓGICA (EEG/IO) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL) COM OU SEM ANÁLISE DE COERÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROCOCLEOGRAFIA (ECOCHG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA (ECOG) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDAÇÃO, EEG PROLONGADO | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA, VIGÍLIA OU SONO, HIPERVENTILAÇÃO, FOTOESTIMULAÇÃO, ANALÓGICO OU DIGITAL (EEG/R) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ELETROGLOTOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO COM OU SEM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETRO-OCULOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETRO-RETINOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMG PARA MONITORAÇÃO DE QUIMODENERVAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA ÚNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPECTROGRAFIA VOCAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GUSTOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMPEDANCIOMETRIA (MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MÉTODO DE PROETZ | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OSCILOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (TRANSIENTES OU PRODUTO DE DISTORÇÃO) - TESTE DA ORELHINHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DO FENÔMENO DE TULLIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POLIGRAFIA DE RECÉM-NASCIDO (PG/RN) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POLISSONOGRAFIA COM EEG DE NOITE INTEIRA COM OU SEM TESTE DE CPAP/BIPAP NASAL (INCLUI POLISSONOGRAMAS) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTÁVEL - PEAEE (STEADY STATE) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MÉDIA LATÊNCIA (PEA-ML) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL EVOCADO GÊNITO-CORTICAL (PEGC) | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL EVOCADO P300 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (PESS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO PARA LOCALIZAÇÃO FUNCIONAL DA ÁREA CENTRAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL VISUAL EVOCADO (PEV) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVAS DE FUNÇÃO TUBÁRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RINOMANOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DE SONO (TLMS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍDEO-ELETROENCEFALOGRAFIA CONTÍNUA NÃO INVASIVA (VÍDEO EEG/NT) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | SISTEMA NERVOSO | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO MUSCULAR POR DINAMOMETRIA COMPUTADORIZADA (ISOCINÉTICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CURVA I/T - MEDIDA DE LATÊNCIA DE NERVO PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SISTEMA TRIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DO MOVIMENTO QUE INCLUI VÍDEO ACOPLADO À PLATAFORMA DA FORÇA E ELETROMIOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA OU POR DILUIÇÃO DE GASES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR OSCILOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | ELETROFISIOLÓGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (FEES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMNIOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ARITENOIDECTOMIA MICROCIRÚRGICA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIÓPSIAS POR LAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCÓPICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRONCOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA, ASPIRADO, ESCOVADO, LAVADO BRONCOALVEOLAR, PUNÇÃO, CATETER PROTEGIDO E CURETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CECOSTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU BRÔNQUICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA COM OU SEM DILATAÇÃO SEGMENTAR OU ESTENOSTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA COM LASER OU ELETROCAUTÉRIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA POR BRONCOASPIRAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRÔNQUICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DIVERTICULOTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM CAVITÁRIA POR LAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECOENDOSCOPIA (ULTRASSOM ENDOSCÓPICO) COM OU SEM PUNÇÃO POR AGULHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENDOSCOPIA COM PAPILOTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENTEROSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 141 | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTENOSTOMIA ENDOSCÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOSTASIA MECÂNICA E/OU TÉRMICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOSTASIA TÉRMICA POR ENDOSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOSTASIAS DE CÓLON | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM OU SEM BIÓPSIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INTRODUÇÃO DE PRÓTESE NO ESÔFAGO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LAPAROSCOPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXÍVEL) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATAÇÃO DE ESTENOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXÉRESE DE PAPILOMA/TUMOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM OU SEM MICROSCOPIA PARA RETIRADA DE PÓLIPO/NÓDULO/PAPILOMA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E BIÓPSIA (TUBO RÍGIDO OU FLEXÌVEL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBAÇÃO ORO OU NASOTRAQUEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MUCOSECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PROTESE OU DRENO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA (PARA RETIRADA DE CÁLCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR) | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POLIPECTOMIA DE CÓLON | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA OU POLIPO POR BRONCOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO QUALQUER LOCALIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM POLIPECTOMIA E/OU MUCOSECTOMIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI (TESTE DE HEALD) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMOPTISE | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| URETEROSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| URETROTOMIA ENDOSCÓPICA | | | | | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VELO-PALATINO COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA | ENDOSCÓPICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 5-NUCLEOTIDASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO CÍTRICO (CITRATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO FÓLICO (FOLATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO LÁCTICO (LACTATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁCIDO ORÓTICO (OROTATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO OXÁLICO (OXALATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO PIRÚVICO (PIRUVATO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO SIÁLICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO ÚRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO VALPRÓICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDOS GRAXOS LIVRES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 2 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALBUMINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALDOLASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALFA-2-MACROGLOBULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALFA-FETOPROTEÍNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALUMÍNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMILASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMILASE TOTAL E PANCREÁTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMILOIDOSE - TTR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AMINOÁCIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMÔNIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMP - CÍCLICO NEFROGÊNICO (SANGUE E URINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| APOLIPOPROTEÍNA A (APO A) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| APOLIPOPROTEÍNA B (APO B) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BETA-GLICURONIDASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BICARBONATO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BILIRRUBINAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CÁLCIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CÁLCIO IÔNICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARNITINA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARNITINA TOTAL E FRAÇÕES - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARNITINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAROTENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CATECOLAMINAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CERULOPLASMINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLEARANCE DE ÁCIDO ÚRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLEARANCE DE CREATININA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLEARANCE DE FOSFATO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLEARANCE DE URÉIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLORO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COBRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLESTEROL (HDL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLESTEROL (LDL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLESTEROL (VLDL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLESTEROL TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATININA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATINO FOSFOQUINASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATINO FOSFOQUINASE - CK MASSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESIDROGENASE GLUTÂMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESIDROGENASE LÁCTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DESIDROGENASE LÁCTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAZÃO DO TESTE sFlt/PLGF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 139 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE ANTIMICROBIANOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE ANTICONVULSIVANTES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE BARBITÚRICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BARBITURATOS, PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE DIGITÁLICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE IMUNOSSUPRESSORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE ANTIARRITMICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE TEOFILINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 22 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENOLASE NEURÔNIO-ESPECÍFICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ETOSUXIMIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FENILALANINA, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FERRITINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FERRO SÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ALCALINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTÁVEL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FÓSFORO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FRUTOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GALACTOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 26 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GASOMETRIA (PH, PCO2, TCO2, PO2, SAT O2, HCO3, EXCESSO DE BASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM GLICOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLICOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLOBULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HAPTOGLOBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEXOSAMINIDASE A, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIDROXIPROLINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HOMOCISTINA, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HOMOCISTEÍNA - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 47 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LIPASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LIPÍDIOS TOTAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LÍTIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MAGNÉSIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICOBACTÉRIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MIOGLOBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OCITOCINASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OSMOLALIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PAPP-A | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARACETAMOL (ACETAMINOFENO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PEPTÍDEO NATRIURÉTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA (LÍPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PIRUVATO QUINASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PORFIRINAS, FRACIONAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTÁSSIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PRÉ-ALBUMINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCALCITONINA, DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 127 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNAS TOTAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA BACTÉRIAS (POR ANTÍGENOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA IMUNOALÉRGICAS PARA FUNGOS (POR ANTÍGENOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÓDIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SUCCINIL ACETONA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 63 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SULFATOS ORGÂNICOS OU INORGÂNICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIROSINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRANSAMINASE OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSAMINASE PIRÚVICA (ALANINA AMINOTRANSFERASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSFERRINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRIGLICERÍDEOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TROPONINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| URÉIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROBILINOGÊNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VITAMINA A | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VITAMINA B12 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VITAMINA D3 COLECALCIFEROL (25-OH-D3) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 77 | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| XILOSE, TESTE DE ABSORÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALFA-1-ANTITRIPSINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 134 | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COPROLÓGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMÔNIA, ÁCIDOS ORGÂNICOS E INTERPRETAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELASTASE PANCREÁTICA FECAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 536/2022 | 06/05/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | 151 | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTEATÓCRITO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME PARASITOLÓGICO DAS FEZES COM MÉTODO DE CONSERVAÇÃO E COLHEITA MÚLTIPLA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GORDURA FECAL, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS NAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ISOSPORA, PESQUISA NAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LARVAS, PESQUISA NAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PESQUISA DAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEVEDURAS, PESQUISA NAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PH FECAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SANGUE OCULTO, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SCHISTOSOMA MANSONI, PESQUISA DE OVOS EM FRAGMENTOS DE MUCOSA APÓS BIÓPSIA RETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SWAB ANAL, PESQUISA DE OVOS DE ENTEROBIUS VERMICULARIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRIPSINA NAS FEZES, PROVA DE DIGESTÃO DA GELATINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | COPROLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS IRREGULARES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37º E TESTE INDIRETO DE COOMBS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTITROMBINA III | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BAÇO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE INESPECÍFICA, FOSFATASE ALCALINA LEUCOCITÁRIA, PAS, MIELOPEROXIDASE, SUDAN BLACK B, PERLS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COAGULOGRAMA (INCLUI: TEMPO DE SANGRAMENTO; TEMPO DE COAGULAÇÃO; TEMPO DE PROTROMBINA; TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA; E CONTAGEM DE PLAQUETAS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CONTAGEM DE RETICULÓCITOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DÍMERO-D (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 19 | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENZIMAS ERITROCITÁRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FALCIZAÇÃO, TESTE DE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR 4 PLAQUETÁRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR DE VON WILLEBRAND, ANTÍGENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR II, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR IX, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR V, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR VII, ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR VIII, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR VIII, INIBIDOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR X, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FATOR XI, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR XII, DOSAGEM/ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR XIII, ATIVIDADE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FIBRINOGÊNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO REVERSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR Rho (INCLUI Du) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEINZ, CORPÚSCULOS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINA, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINA FETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINA, ELETROFORESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGLOBINOPATIA, TRIAGEM NEONATAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOGRAMA COMPLETO [INCLUI: CONTAGEM GLOBAL DE LEUCÓCITOS; CONTAGEM GLOBAL DE ERITRÓCITOS; HEMATÓCRITO; HEMOGLOBINA; ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS; CONTAGEM GLOBAL DE PLAQUETAS; CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS (NEUTRÓFILOS, BASTÕES, EOSINÓFILOS, BASÓFILOS, MONÓCITOS, LINFÓCITOS); E EXAME MICROSCÓPICO DE ESFREGAÇO DE SANGUE CORADO] | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOSSEDIMENTAÇÃO, (VHS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOSSIDERINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS - CITOMETRIA DE FLUXO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS E CRÔNICAS, SINDROME MIELODISPLÁSICA E TRANSTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMAS NÃO-HODGKIN / SINDROMES LINFOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM OU PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 49 | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LINFONODO, EXAME DE ESFREGAÇO DE ASPIRADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| META-HEMOGLOBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MIELOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PIRUVATO QUINASE, TRIAGEM PARA DEFICIÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA C, FUNCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA S, FUNCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA DO LAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESISTÊNCIA GLOBULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETRAÇÃO DO COÁGULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RISTOCETINA, CO-FATOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SULFO-HEMOGLOBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TEMPO DE COAGULAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TEMPO DE PROTROMBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TEMPO DE TROMBINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE HAM (HEMÓLISE ÁCIDA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TROMBOELASTOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | HEMATOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 1,25-DIIDROXIVITAMINA D3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 11-DESOXICORTICOSTERONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 17-CETOSTERÓIDES TOTAIS (17-CTS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 17-CETOSTERÓIDES, FRACIONAMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES (17-OHS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 17-HIDROXIPREGNENOLONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 3 ALFA-ANDROSTANEDIOL GLICURONÍDEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO 5-HIDROXINDOLACÉTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO HOMOVANÍLICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO VANILMANDÉLICO (VMA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALDOSTERONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AMP CÍCLICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANDROSTENEDIONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CALCITONINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CORTISOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CORTISOL LIVRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CURVA INSULÍNICA (6 DOSAGENS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEHIDROTESTOSTERONA (DHT) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM DE LH OU FSH COM OU SEM TESTE DE ESTÍMULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ERITROPOIETINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTRADIOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTRIOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTROGÊNIOS TOTAIS (FENOLESTERÓIDES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTRONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GASTRINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLUCAGON | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (VASOPRESSINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (HGH) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO GONADOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGFBP3, PROTEÍNA DE LIGAÇÃO AO FATOR DE CRESCIMENTO SEMELHANTE À INSULINA - 3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INSULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MACROPROLACTINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| N-TELOPEPTÍDEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OSTEOCALCINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARATORMÔNIO - PTH | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PEPTÍDEO C | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PREGNANDIOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROGESTERONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROLACTINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RENINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SOMATOMEDINA C (IGF1) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| T3 LIVRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| T3 RETENÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| T3 REVERSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| T4 LIVRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS TRH | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE ESTÍMULO DO TSH APÓS TRH | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DIAGNÓSTICO DO DIABETES INSÍPIDUS (TESTE DE PRIVAÇÃO HÍDRICA, SEGUIDO DE ADMINISTRAÇÃO DE DESMOPRESSINA (DDAVP) E INFUSÃO DE SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA (3%)) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTOSTERONA LIVRE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTOSTERONA TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIREOGLOBULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIROXINA (T4) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRIIODOTIRONINA (T3) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR ANTI-RECEPTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ACETILCOLINA, ANTICORPOS LIGADOR ANTI-RECEPTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR ANTI-RECEPTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADENOVÍRUS, IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ADENOVÍRUS, IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AQUAPORINA 4 (AQP4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 117 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANÁLISE DE MULTÍMEROS PARA PACIENTES COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-ACTINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICARDIOLIPINA - IGA / IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICENTRÔMERO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 4 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTIDIFTERIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTIENDOMÍSIO, IGA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTIINSULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTITÉTANO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTITIREÓIDE (TIREOGLOBULINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE - IGA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORTEX SUPRA-RENAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-DNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-GAD | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENO AUSTRÁLIA (HBsAG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENOS DE ASPERGILLUS GALACTOMANNAN | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO TOTAL (PSA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTÍGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGA / IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-JO1 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-LA/SSB | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-LKM-1 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTIMEMBRANA BASAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMICROSSOMAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMITOCONDRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMITOCONDRIA, M2 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMÚSCULO CARDÍACO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMÚSCULO ESTRIADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIMÚSCULO LISO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIPARIETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA (ANTI-TPO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-RNP | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-RO/SSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-Sm | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ASPERGILLUS, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 6 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BETA-2-MICROGLOBULINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BORRELIOSE DE LYME - IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BORRELIOSE DE LYME - IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRUCELA - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| C1Q | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CA 125 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CA 15-3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CA 19-9 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CA 72-4 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA/LAMBDA, DOSAGEM, SANGUE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CANDIDA ALBICANS, ANTICORPOS IGG E/ OU IGM E/ OU TOTAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAXUMBA, IGG E/OU IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHAGAS IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE, IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHLAMYDIA PSITTACI, IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS, IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTICERCOSE, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CITOMEGALOVÍRUS IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINAS A E B | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COMPLEMENTO C2 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COMPLEMENTO C3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COMPLEMENTO C4 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COMPLEMENTO CH-100 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COMPLEMENTO CH-50 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COXSACKIE B, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRIOAGLUTININAS, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO - IMUNOELETROFORESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRIOGLOBULINAS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS "IN VITRO" POR CONCANAVALINA, PHA OU POKEWEED | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DENGUE, IGG E/OU IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RÁPIDO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RÁPIDO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECHOVÍRUS, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 140 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ENTAMOEBA HISTOLYTICA, ANTICORPOS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM (AMEBÍASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EA (ANTÍGENO PRECOCE), IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-EBNA (ANTÍGENO NUCLEAR), IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EPSTEIN-BARR VÍRUS, ANTI-VCA (ANTÍGENO DO CAPSÍDEO VIRAL), IGG E/OU IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EQUINOCOCOSE, ANTICORPOS TOTAIS E/ OU IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR ANTINÚCLEO, (FAN) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR B (C3 ATIVADOR, C3A; C3 PROATIVADOR, C3PA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR REUMATÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FILARIA SOROLOGIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GIARDIA, SOROLOGIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LÍQUIDOS ORGÂNICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HELICOBACTER PYLORI - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HELICOBACTER PYLORI - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HELICOBACTER PYLORI - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE A - ANTI-HAV, IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - ANTI-HBC, IGG (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGG) E/OU IGM (ANTI-ANTÍGENO "CORE" IGM) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - ANTI-HBE (ANTI-ANTÍGENO "E") | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - ANTI-HBS (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - HBEAG (ANTÍGENO "E") | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - HBSAG (ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C - ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HEPATITE D - ANTÍGENO PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE D - ANTI-HDV, IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE E - IGG/IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HERPES SIMPLES - IGG E/OU IGM (VARICELA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HERPES ZOSTER - IGG / IGM (VARICELA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HISTONA, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HISTOPLASMOSE, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV - ANTÍGENO P24 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HTLV1 E 2, PESQUISA DE ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGA TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGD | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGE TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGE POR ALÉRGENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGE POR GRUPO ESPECÍFICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGG TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGG SUBCLASSES (1, 2, 3, 4) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IGM TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMUNOELETROFORESE, PROTEÍNAS SÉRICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA OU INDIRETA (ANTIFÍGADO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INIBIDOR DE C1 ESTERASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEGIONELLA - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEISHMANIOSE - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEPTOSPIROSE - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LINFÓCITOS T "HELPER" (CD-4+), CONTAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LINFÓCITOS T SUPRESSORES (CD-8+), CONTAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LISTERIOSE, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MALÁRIA - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MYCOBACTERIUM LEPRAE (BACILO DE HANSEN), IGM, ANTICORPOS (TESTE RÁPIDO) | 480/2022 | 02/07/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG E IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MONONUCLEOSE, ANTICORPOS HETERÓFILOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| NITROBLUE TETRAZOLIUM (NBT), TESTE DO, ESTIMULADO E ESPONTÂNEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARVOVÍRUS B19, IGG /IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 128 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 130 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEINASE 3, ANTICORPO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| C4D FRAGMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PPD (TUBERCULINA), IDeR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA C REATIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA CRUZADA (CROSS-MATCH) ENTRE DOADOR E RECEPTOR (REALIZADA COM LINFÓCITOS TOTAIS, LINFÓCITOS T + ANTIGLOBULINA HUMANA E COM LINFÓCITOS B) - PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RUBÉOLA - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SARAMPO - ANTICORPOS IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG OU ANTICORPOS TOTAIS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 132 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19), TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 478/2022 | 20/01/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | 150 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SCHISTOSOMA MANSONI - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÍFILIS - FTA-Abs-IgG | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÍFILIS - FTA-ABS-IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÍFILIS - TPHA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÍFILIS - VDRL (SOROLOGIA PARA LUES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPAGEM HLA, LOCI A E B, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS IMUNOLÓGICOS (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE ALTA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPAGEM HLA, LOCI DR E DQ, MÉTODOS MOLECULARES DE BAIXA A MÉDIA RESOLUÇÃO (TIPAGEM DO RECEPTOR E DOS CANDIDATOS A DOADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOXOCARA CANIS - IGG / IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOXOPLASMOSE - IGA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOXOPLASMOSE - IGG/IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, IGG E/OU IGM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍRUS ZIKA - IGM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 112 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍRUS ZIKA - IGG (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 113 | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| WAALER-ROSE (FATOR REUMATÓIDE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HCV) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTLV) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ZAP-70 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | IMUNOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ADENOSINA DEAMINASE (ADA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMINOÁCIDOS NO LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTICORPO ANTIESPERMATOZÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIOQUÍMICA LCR (PROTEÍNAS + GLICOSE + CLORO; E A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: LACTATO E LDH -LACTATO DESIDROGENASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CÉLULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECÍFICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CÉLULAS, PESQUISA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS (CITOLOGIA ONCÓTICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLEMENTS, TESTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRYPTOCOCCUS, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS NO LÍQUOR, COM CONCENTRAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPECTROFOTOMETRIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPERMA, TESTE DE PENETRAÇÃO ESPERMÁTICA, E/OU TESTE DE CAPACITAÇÃO ESPERMÁTICA, E/OU TESTE HIPOSMÓTICO (SWELLING TEST), E/OU TESTE DE COLORAÇÃO VITAL, E/OU MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA), E/OU FRUTOSE, E/OU ALFA-GLUCOSIDASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPERMOGRAMA (CARACTERES FÍSICOS, PH, FLUIDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOSFOLIPÍDIOS (RELAÇÃO LECITINA/ESFINGOMIELINA), AVALIAÇÃO DA MATURIDADE PULMONAR FETAL | | | | AMB | HCO | | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS A, B, C, ANTÍGENO, DETECÇÃO RÁPIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG (DOSAGEM DE ALBUMINA E IGG EM SORO E LÍQUOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 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) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LCR, ROTINA (ASPECTO, COR, CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS, PROTEÍNA, GLICOSE, CLORO E, A CRITÉRIO DO MÉDICO ASSISTENTE: TESTES TREPONÊMICOS E NÃO-TREPONÊMICOS DA SÍFILIS, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO, ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO DE IGG, LACTATO, LDH E ANTICORPOS PARA NEUROCISTICERCOSE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LÍQUIDO AMNIÓTICO, CITOLOGIA; LÍQUIDO AMNIÓTICO, CREATININA. | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MATURIDADE PULMONAR FETAL - QUALQUER TÉCNICA | | | | AMB | HCO | | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS NO LÍQUOR POR ISOFOCALIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA MIELINA BÁSICA, ANTICORPOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RAGÓCITOS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FÍSICOS, CITOLOGIA, PROTEÍNAS, ÁCIDO ÚRICO, FATOR REUMATÓIDE, MICROBIOLOGIA (COLORAÇÃO DE GRAM + CULTURA AERÓBICA E ANAERÓBICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS) | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) PARA MICOBACTÉRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE A ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS), PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS E/OU AERÓBICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTIFUNGIGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| B.A.A.R. (BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE), PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BACILO DE HANSEN, PESQUISA PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BACTERIOSCOPIA, PELO MÉTODO DE GRAM OU SIMILAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BORDETELLA PERTUSSIS, CULTURA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHLAMYDIA, CULTURA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, PESQUISA DO ANTÍGENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CRYPTOSPORIDIUM, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA BACTERIANA QUANTITATIVA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA DE FEZES, INCLUI PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE: SALMONELLA, SHIGELLA, ESCHERICHIA COLI (ENTEROPATOGÊNICA, ENTEROINVASORA E ENTERO-HEMORRÁGICA) E CAMPYLOBACTER | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA PARA BACTÉRIAS COM SISTEMA AUTOMATIZADO DE IDENTIFICAÇÃO BACTERIANA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA PARA FUNGOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CULTURA PARA MICOBACTÉRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CULTURA PARA VÍRUS: ENTEROVÍRUS, HERPESVÍRUS, VÍRUS INFLUENZA A & B, VÍRUS PARAINFLUENZA TIPOS 1, 2, 3, ADENOVÍRUS, VÍRUS VARICELA-ZOSTER, CITOMEGALOVÍRUS, E VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTREPTOCOCO DO GRUPO A, DETECÇÃO RÁPIDA DE ANTÍGENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME MICROSCÓPICO DIRETO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FILÁRIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FUNGOS, EXAME MICROSCÓPICO DIRETO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA BACTÉRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEMOCULTURA PARA BACTÉRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEISHMANIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEPTOSPIRA, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICOPLASMA E UREAPLASMA, CULTURA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICROSPORÍDIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLASMÓDIO, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ROTAVÍRUS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SARCOPTES SCABIEI, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS POR MÉTODO DA CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA (MIC) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TREPONEMA PALLIDUM, MICROSCOPIA DE CAMPO ESCURO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRYPANOSOMA CRUZII, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VIBRIO CHOLERAE, CULTURA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | MICROBIOLOGIA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO HOMOGENTÍSICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALCAPTONÚRIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CÁLCULOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUÍMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CATECOLAMINAS URINÁRIAS, FRACIONAMENTO (DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTINÚRIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COPROPORFIRINAS URINÁRIAS, ISÔMEROS I E III | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DISMORFISMO ERITROCITÁRIO, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FENILCETONÚRIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HISTIDINA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LIPÓIDES BIRREFRINGENTES, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MELANINA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| METANEFRINAS URINÁRIAS, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICROALBUMINÚRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MIOGLOBINA, DOSAGEM OU PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OSMOLALIDADE, DETERMINAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE SULFATÍDEOS E MATERIAL METACROMÁTICO NA URINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PORFOBILINOGÊNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PORFOBILINOGÊNIO, QUANTITATIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTEÍNA DE BENCE JONES, QUANTITATIVA (CADEIAS LEVES LIVRES, KAPPA E LAMBDA, URINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA DE CONCENTRAÇÃO URINÁRIA COM RESTRIÇÃO HÍDRICA E ACETATO DE DESMOPRESSINA (DDAVP) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ROTINA DE URINA (EXAME MACROSCÓPICO E FÍSICO, INCLUINDO PH E DENSIDADE; TESTES QUÍMICOS PARA GLICOSE, PROTEÍNA, CORPOS CETÔNICOS, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA E UROBILINOGÊNIO; EXAME MICROSCÓPICO DO SEDIMENTO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROPORFIRINAS, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | URINÁLISE | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME DA BILE E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FÍSICOS E EXAME MICROSCÓPICO E PARASITOLÓGICO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | DIVERSOS | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL PARA 60 MINUTOS E 4 AMOSTRAS APÓS O ESTÍMULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | DIVERSOS | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE EOSINÓFILOS EM MUCO NASAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | DIVERSOS | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE FUNÇÃO PANCREÁTICA APÓS ESTIMULAÇÃO PELA SECRETINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | DIVERSOS | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DO SUOR, COM DOSAGEM DE CLORETO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | DIVERSOS | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| 2,5-HEXANODIONA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO HEXANO. | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO (PARA CHUMBO INORGÂNICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGÂNICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO FENILGLIOXÍLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TOLUENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO METILMALÔNICO, PESQUISA E/OU DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁCIDO MANDÉLICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO ESTIRENO E AO ETILBENZENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO METIL-HIPÚRICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO XILENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO SALICÍLICO (SALICILATOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TETRACLOROETILENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ARSÊNIO, CÁDMIO, COBALTO, CROMO, MANGANÊS, MERCÚRIO, NÍQUEL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARBOXIHEMOGLOBINA, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO OU DICLOROMETANO. | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHUMBO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLINESTERASE, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AOS INSETICIDAS ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ETANOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FENOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLÚOR E FLUORETOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FORMALDEÍDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| METANOL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| METIL-ETIL-CETONA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| P-AMINOFENOL, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO À ANILINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS, AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO TRICLOROETANO E TRICLOROETILENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ZINCO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ZINCOPROTOPORFIRINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TOXICOLOGIA / MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS, DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO OU PCR; CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO. | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CITOMEGALOVÍRUS - QUALITATIVO, POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 14 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO/TIPAGEM HERPES VÍRUS 1 E 2 NO LÍQUOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 120 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 28 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C - GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 29 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR OU BDNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR OU BDNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV - CARGA VIRAL POR PCR, NASBA OU BDNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV - QUALITATIVO POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIV, GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 31 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HLA B27, FENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 32 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HPV - TIPAGEM POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) - DETECÇÃO DO DNA POR TÉCNICAS DE HIBRIDIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HTLV-I, POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECÇÃO POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MYCOBACTERIUM LEPRAE (BACILO DE HANSEN), DETECÇÃO DE RESISTÊNCIA A ANTIBIÓTICOS POR PCR | 480/2022 | 02/07/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MYCOBACTERIUM LEPRAE (BACILO DE HANSEN), PESQUISA PCR EM TEMPO REAL | 480/2022 | 02/07/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 129 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 131 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTEÍNA S TOTAL + LIVRE, DOSAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 126 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE PARA DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (MPXV) POR BIOLOGIA MOLECULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | 544/2022 | 21/09/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | | 157 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 125 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍRUS ZIKA - POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 111 | BIOLOGIA MOLECULAR | PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSFUSÃO AMBULATORIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TRANSFUSÃO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSFUSÃO HOSPITALAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | TRANSFUSÃO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA - INCLUI CITAFÉRESE/HEMAFÉRESE TERAPÊUTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SANGRIA TERAPÊUTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SANGUE TOTAL RECONSTITUÍDO PARA EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, PLAQUETAS OU GRANULÓCITOS) IRRADIADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE GRANULÓCITOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCODEPLETADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LEUCORREDUZIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (DUPLA CENTRIFUGAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUZIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UNIDADE DE PLASMA FRESCO CONGELADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCESSAMENTO | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AFÉRESE TERAPÊUTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANTI-HIV I E II POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CONTAGEM DE CÉLULAS CD34 / CD45 POSITIVAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO DE HEMOGLOBINAS ANORMAIS (INVESTIGAÇÃO DE HEMOGLOBINA S E DE OUTRAS HEMOGLOBINAS ANORMAIS NO DOADOR DE SANGUE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOAÇÃO AUTÓLOGA COM RECUPERAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOAÇÃO AUTÓLOGA PERI-OPERATÓRIA POR HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOAÇÃO AUTÓLOGA PRÉ-OPERATÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOAÇÃO DE COMPONENTES POR AFÉRESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOENÇA DE CHAGAS - TESTE IMUNOENZIMÁTICO DE ALTA SENSIBILIDADE E IMUNOFLUORESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS: TIPIFICAÇÃO ABO E RH, PESQUISA DE D FRACO RH(D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - ANTI-HBC, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE B - HBSAG, POR MÉTODO IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HEPATITE C - ANTI-HCV, TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HTLV I E II - TESTE IMUNOENZIMÁTICO OU POR QUIMIOLUMINESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCIAS, INCLUI TRATAMENTO ENZIMÁTICO (ELUIÇÃO E GEL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNO-HEMATOLÓGICOS: TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA E DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO E PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INVESTIGAÇÃO DA PRESENÇA DE ANTI-A OU ANTI-B, EM SORO OU PLASMA DE NEONATO, COM MÉTODOS QUE INCLUAM UMA FASE ANTIGLOBULÍNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MALÁRIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES NO SANGUE DO RECEPTOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTIERITROCITÁRIOS NATURAIS E IRREGULARES (ELUIÇÃO, A FRIO E GEL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLAQUETAS - PROVA CRUZADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVA DE COMPATIBILIDADE ENTRE AS HEMÁCIAS DO DOADOR E O SORO DO RECEPTOR (PROVA DE COMPATIBILIDADE MAIOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS: RETIPIFICAÇÃO ABO E RH DA BOLSA DE SANGUE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SÍFILIS - TESTE TREPONÊMICO OU NÃO-TREPONÊMICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE COOMBS DIRETO E INDIRETO - INCLUI PESQUISA DE ANTICORPOS E COMPLEMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPIFICAÇÃO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA NO SANGUE DO RECEPTOR (SEM TIPAGEM REVERSA ATÉ 4 MESES DE IDADE); | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | EXAMES DE QUALIFICAÇÃO NO SANGUE DO DOADOR OU PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL NO SANGUE DO RECEPTOR | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CITOMEGALOVÍRUS APÓS TRANSPLANTE DE RIM, MEDULA ÓSSEA OU FÍGADO POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA | 546/2022 | 03/10/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VÍRUS EPSTEIN BARR APÓS TRANSPLANTE DE RIM OU FÍGADO POR REAÇÃO DE CADEIA DE POLIMERASE (PCR) - PESQUISA QUANTITATIVA | 546/2022 | 03/10/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXSANGUÍNEO TRANSFUSÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSFUSÃO FETAL INTRA-UTERINA | | | | | HCO | | REF | | | PROCEDIMENTOS | MEDICINA TRANSFUSIONAL | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM BANDAS, BIÓPSIA DE PELE OU OUTROS TECIDOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM BANDAS, MATERIAL DE ABORTO OU NATIMORTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARIÓTIPO COM BANDAS, PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS, SANGUE PERIFÉRICO, TECIDOS LINFÓIDES E MEDULA ÓSSEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE FETAL | | | | AMB | HCO | | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM BANDAS, SANGUE PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM BANDAS, VILOSIDADES CORIÔNICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMÁTIDES IRMÃS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO COM TÉCNICAS DE ALTA RESOLUÇÃO (ESTUDO EM PROMETÁFASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARIÓTIPO PARA SÍNDROMES DE QUEBRAS CROMOSSÔMICAS, SANGUE PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO DE ANORMALIDADES DOS CROMOSSOMOS X OU Y (SANGUE PERIFÉRICO OU ESFREGAÇO DE MUCOSA BUCAL), POR FISH | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO CITOGENÉTICO PARA DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS, DIVERSOS MATERIAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO DE ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LÍQUIDO AMNIÓTICO, CARIÓTIPO COM BANDAS | | | | AMB | HCO | | REF | | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 110 | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REARRANJO BCL6 3q27 (NHL) FISH | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REARRANJO 8q24 FISH (MEDULA ÓSSEA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REARRANJO 8q24 FISH (SANGUE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CITOGENÉTICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMINOÁCIDOS URINÁRIOS OU PLASMÁTICOS, ANÁLISE QUANTITATIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO DE RISCO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS E/OU DEFEITOS DE FECHAMENTO DE TUBO NEURAL | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CARBOIDRATOS URINÁRIOS, ANÁLISE QUALITATIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA 1,4-ALFA-GLICOSIDASE EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-D-MANOSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS, SORO E FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-FUCOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-L-IDURONIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ALFA-N-ACETILGLICOSAMINIDASE EM SORO OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE A EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ARILSULFATASE B EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GALACTOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICOSIDASE EM LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BETA-GLICURONIDASE EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA ESFINGOMIELINASE EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA GALACTOCEREBROSIDASE EM LEUCÓCITOS E FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA HEXOSAMINIDASE A E TOTAL EM SORO, LEUCÓCITOS OU FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA IDURONATO 2-SULFATASE EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA N-ACETILGALACTOSAMINA-6-SULFATASE EM FIBROBLASTOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (EIM) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS, DOSAGEM QUANTITATIVA OU ANÁLISE QUALITATIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PORFIRINAS URINÁRIAS OU PLASMÁTICAS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES DE ERROS INATOS DO METABOLISMO, QUALITATIVOS, NA URINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TESTE DUPLO: 1 TRIMESTRE - PROTEÍNA A PLASMÁTICA ASSOCIADA À GESTAÇÃO (PAPP-A), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (β-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DUPLO: 2 TRIMESTRE - ALFA-FETOPROTEÍNA (αFP), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (β-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE QUÁDRUPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (αFP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (β-HCG) E INIBINA COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE TRIPLO: ALFA-FETOPROTEÍNA (αFP), ESTRIOL NÃO CONJUGADO (uE3), BETA-GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA LIVRE (β-HCG) COM ELABORAÇÃO DE LAUDO CONTENDO CÁLCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | GENÉTICA BIOQUÍMICA | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ALK - PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 114 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANÁLISE MOLECULAR DE DNA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 110 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRCA1 e BRCA2, PESQUISA DE MUTAÇÃO SOMÁTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 542/2022 | 01/09/2022 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 156 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BCR/ABL, PESQUISA DE TRANSLOCAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 9 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CROMOSSOMO PHILADELFIA, PESQUISA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EGFR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 21 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 25 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 30 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 110 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| K-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 50 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 57 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 61 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REARRANJO GÊNICO CÉLULAS B POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REARRANJO GÊNICO CÉLULAS T POR PCR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FLT3 - PESQUISA DE MUTAÇÕES (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 142 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA, HRD (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 577/2023 | 09/05/2023 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 160 | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRANSLOCAÇÃO PML/RAR-a | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENÉTICA MOLECULAR | GENÉTICA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANÁLISE DE DNA (CONTEÚDO E PLOIDIA) POR CITOMETRIA DE FLUXO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLORAÇÕES ESPECIAIS, QUANDO NECESSÁRIAS AOS PROCEDIMENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO DE RECEPTORES DE SECREÇÃO HORMONAL E/OU DETECÇÃO DE MARCADORES DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS E/OU DETECÇÃO DE FATORES DE PROLIFERAÇÃO CELULAR, DE ANGIOGÊNESE TUMORAL, ONCOGENES E PROTEÍNAS ASSOCIADAS E/OU ENSAIO DE RECEPTOR DE ESTROGÊNIO E PROGESTERONA EM BLOCO DE PARAFINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO), DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNO-HISTOQUÍMICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO COLPOCITOLÓGICO HORMONAL SIMPLES OU SERIADO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL PROVENIENTE DE BIÓPSIAS SIMPLES, PAAF, "IMPRINT" E "CELL-BLOCK" | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES OU COMPLEXA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PD-L1 – DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 146 | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO POR CONGELAÇÃO DURANTE ATO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS CIRÚRGICAS, DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLUORESCÊNCIA, DIRETA E INDIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUÍMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" OU HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU" POR FLUORESCÊNCIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA DE MASSAS, ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RECEPTOR DE ESTROGÊNIO, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RECEPTOR DE PROGESTERONA, ENSAIO IMUNO-HISTOQUÍMICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA CAROTÍDIA (VIA FEMURAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO (INFARTO AGUDO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM FLUORDEOXIGLICOSE (FDG-FLÚOR-18) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 10 | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 10 | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 10 | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - REPOUSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VENOGRAFIA RADIOISOTÓPICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | CARDIOVASCULAR - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS E SEMI-SÓLIDOS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | DIGESTIVO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131 OU 123) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE ESTÍMULO COM TSH RECOMBINANTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE SUPRESSÃO DA TIREÓIDE COM T3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TESTE DO PERCLORATO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ENDÓCRINO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO OU INIBIDOR DA ECA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | GENITURINÁRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEMONSTRAÇÃO DO SEQÜESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DA SOBREVIDA DE HEMÁCIAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DO VOLUME ERITROCITÁRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETERMINAÇÃO DO VOLUME PLASMÁTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE ABSORÇÃO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | HEMATOLÓGICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÚSCULO - ESQUELÉTICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLUXO SANGÜÍNEO ÓSSEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÚSCULO - ESQUELÉTICO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA CEREBRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA (COM DIRETRIZ DE UTILZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 118 | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTERNOCINTILOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MIELOCINTILOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VENTRÍCULO-CINTILOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | NERVOSO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LINFOCINTILOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PET-CT ONCOLÓGICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | | | REF | PAC | 60 | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESPIRATÓRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESPIRATÓRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESPIRATÓRIO - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DE DOR ÓSSEA CAUSADA POR METÁSTASE COM SAMÁRIO-136 OU ESTRÔNCIO-90 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TERAPIA - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | OUTROS - IN VIVO | MEDICINA NUCLEAR | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO, SELETIVO OU SUPERSELETIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA POR PUNÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO | | | | | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNÇÃO TRANSLOMBAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA POR CATETERISMO (AFERIMENTO DE PRESSÃO OU FLUXO ARTERIAL OU VENOSO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAVERNOSOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial
HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência
PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (PELO DRENO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DACRIOCISTOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEFECOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DEGLUTOGRAMA OU VIDEODEGLUTOGRAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DENSITOMETRIA ÓSSEA - QUALQUER SEGMENTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESCANOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTÂNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FÁRMACO-CAVERNOSOGRAFIA (DINÂMICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FISTULOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLEBOGRAFIA POR PUNÇÃO VENOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FLEBOGRAFIA RETRÓGRADA POR CATETERISMO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HISTEROSSALPINGOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LINFANGIOADENOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MAMOGRAFIA CONVENCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAMOGRAFIA DIGITAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 52 | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MIELOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MORFOMETRIA DIGITAL (COLUNA OU FÊMUR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PIELOGRAFIA ASCENDENTE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANIGRAFIA DE OSSO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANIGRAFIA DE TÓRAX, MEDIASTINO OU LARINGE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU FACE OU MASTÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PNEUMOMIELOGRAFIA SEGMENTAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ADENÓIDES OU CAVUM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARCOS ZIGOMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE BACIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE BRAÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO-LOMBAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL (TELESPONDILOGRAFIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COSTELAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COTOVELO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE COXA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE CRÂNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO - HIATO - ESTÔMAGO E DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ESTERNO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO (PARTES MOLES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE MANDÍBULA/MAXILA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE MÃO OU QUIRODÁCTILO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ÓRBITAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE ORELHA, MASTÓIDES OU ROCHEDOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE PATELA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE PÉ OU PODODÁCTILO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE PERNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE PUNHO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCIX | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RADIOGRAFIA DE TÓRAX | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING | | | OD | | | | | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL | | | OD | | | | | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) | | | OD | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL | | | OD | | | | | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO) | | | OD | | | | | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOSCOPIA DIAGNÓSTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SIALOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE OCLUSÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA RENAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO APARELHO DIGESTIVO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| URETROCISTOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E PÓS-MICCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3 | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | RADIOGRAFIAS | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA PARA TRATAMENTO DE OSTEOMA OSTEÓIDE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANGIOPLASTIA EM ENXERTOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS COM OU SEM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM USO DE DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO EMBÓLICA DISTAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CATETERISMO ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA | | | | | HCO | HSO | REF | | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US OU TC | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENÇÃO DE TEP | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT EM TRAQUÉIA OU BRÔNQUIO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT ESOFAGIANO, INTESTINAL OU RETAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT RENAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO DE STENT VASCULAR (ARTERIAL OU VENOSO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELOVESICAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICIAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE CONDUTO URINÁRIO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREÁTICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DISCOGRAFIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO RENAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO HEPÁTICO OU PANCREÁTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO ABDOMINAL, RETROPERITONEAL, PÉLVICA ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PULMONAR OU MEDIASTINAL ORIENTADA OU NÃO POR US OU TC | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE PNEUMOTÓRAX | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR IMAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 23 | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLÓGICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR - QUALQUER LOCALIZAÇÃO (EXCETO PARA ARTÉRIA UTERINA) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO DE VEIA ESPERMÁTICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DE FÍSTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATÚRIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE CISTO PANCREÁTICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES VENOSAS | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE NÓDULOS BENIGNOS DIRIGIDA OU NÃO POR RX, US, TC, RM | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXÉRESE PERCUTÂNEA DE TUMOR ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM ANEURISMA OU DISSECÇÃO DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX OU US | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS-DRENAGEM ORIENTADA OU NÃO POR IMAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PIELOGRAFIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR MÉTODOS DE IMAGEM | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA OU BIÓPSIA ORIENTADA POR IMAGEM | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUIMIOTERAPIA POR CATETER | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COM ISOLAMENTO PROTETOR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 542/2022 | 01/09/2022 | | | HCO | HSO | REF | PAC | 155 | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REPERMEABILIZAÇÃO/RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA - EXCETO PARA REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIS ORIENTADA POR RX, US OU TC | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO PORTAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRAQUEOTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRATAMENTO DO VASOESPASMO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TROMBECTOMIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | MÉTODOS INTERVENCIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELÍACO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS (INCLUI CORAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO PENIANO COM OU SEM FÁRMACO-INDUÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DUPLEX SCAN VASCULAR PERIFÉRICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITÁRIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSÃO MIOCÁRDICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO/ESTRESSE FÍSICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | | REF | | 20 | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTUDO DE VASO COM DOPPLER PULSADO CONTÍNUO CONVENCIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 119 | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA OCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME INFERIOR FEMININO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME INFERIOR MASCULINO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO FEMININO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO MASCULINO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR COM OU SEM DOPPLER COLORIDO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DE RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA - PELE E SUBCUTÂNEO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA OCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL/ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | | REF | | 76 | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CONVENCIONALCOM OU SEM DOPPLER COLORIDO | | | | AMB | HCO | | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA ENDOVAGINAL | | | | AMB | HCO | | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | | REF | | 75 | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: PERFIL BIOFÍSICO FETAL | | | | AMB | HCO | | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA - PEÇA CIRÚGICA | | | | AMB | HCO | | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA EXTRACARDÍACA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATÓRIO | | | | | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATÓRIO - TRANSESOFÁGICO OU EPICÁRDICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO VASCULAR ORIENTADA POR US | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| REDUÇÃO DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL POR ENEMA, ORIENTADA POR US | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (COM AMNIOCENTESE, BIÓPSIA OU PUNÇÃO ASPIRATIVA) | | | | AMB | HCO | | REF | | | ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA (EXCLUI TOMOGRAFIA MULTISLICE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 116 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACROILÍACA, COXOFEMORAL, JOELHO OU PÉ) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | 69 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA/MAXILA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU ORELHAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA OU PÉ) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR TC | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TOMOMIELOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIO-RM (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 115 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ARTRO-RM (INCLUI A PUNÇÃO ARTICULAR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM, URO-RM, MIELO-RM, CIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BASE DO CRÂNIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BOLSA ESCROTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL (COM OU SEM PERFUSÃO, VIABILIDADE MIOCÁRDICA E ESTRESSE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (ENCÉFALO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE OU SEIOS DA FACE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RM - FLUXO LIQUÓRICO - COMPLEMENTAR Á RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | 123 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OSSOS TEMPORAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ (ANTEPÉ) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÊNIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÉIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FETAL | | | | AMB | HCO | | REF | PAC | | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IRRADIAÇÃO DE MEIO-CORPO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PROFILAXIA/TERAPIA DE GINECOMASTIA (HOMEM SOB HORMONIOTERAPIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOCIRURGIA (POR ESTEREOTAXIA OU GAMA-KNIFE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA ANTI-INFLAMATÓRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA TUMORES DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA TUMORES DE PULMÃO, MEDIASTINO E ESÔFAGO | 584/2023 | 01/09/2023 | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL - PARA CABEÇA E PESCOÇO, SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC), MAMA, TORÁX, ABDOME E PELVE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM FÓTONS E ELÉTRONS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR COM UNIDADE DE TELECOBALTO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA CONVENCIONAL COM ACELERADOR LINEAR SÓ COM FÓTONS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA DE HEMANGIOMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | 147 | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA INTRACAVITÁRIA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RADIOTERAPIA PARA PROFILAXIA DE QUELÓIDE | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ROENTGENTERAPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BETATERAPIA OFTÁLMICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BETATERAPIA | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | BETATERAPIA | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANESTESIA (INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA) | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANESTESIA (INSERÇÃO DE CATETERES) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANESTESIA PARA RADIOTERAPIA EXTERNA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLIMAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| FILMES DE VERIFICAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMOBILIZADOR DE CABEÇA E PESCOÇO E MEMBROS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMOBILIZADOR DE TÓRAX, ABDOME E PÉLVIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA | | | | | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INSERÇÃO DOS CATETERES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANEJAMENTO COMPLEXO (COM COMPUTADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANEJAMENTO SIMPLES (SEM COMPUTADOR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SIMULAÇÃO COMPLEXA (COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SIMULAÇÃO INTERMEDIÁRIA (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E COM CONTRASTE) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| SIMULAÇÃO SIMPLES (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS | RADIOTERAPIA | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA OCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ANGIOGRAFIA OCULAR COM INDOCIANINA VERDE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIOIMPEDANCIOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIOMETRIA ULTRASSÔNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIÓPSIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| BIÓPSIA DO VILO CORIAL | | | | AMB | HCO | | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CALORIMETRIA INDIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CAVERNOSOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLETA DE RASPADO DÉRMICO EM LESÕES E SÍTIOS ESPECÍFICOS PARA BACILOSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| COLPOSCOPIA, VULVOSCOPIA, PENISCOPIA, ANUSCOPIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CORDOCENTESE | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| CURVA TENSIONAL OCULAR DIÁRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DERMATOSCOPIA / FOTODERMATOSCOPIA (EXCETO PARA MAPEAMENTO CORPORAL) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| DOPPLERMETRIA DOS CORDÕES ESPERMÁTICOS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EREÇÃO FÁRMACO-INDUZIDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESPIROMETRIA FORÇADA - VOLUMES E FLUXOS MÁXIMOS (COM/SEM Bd) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTÉREO-FOTO DE PAPILA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| ESTESIOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME A FRESCO DO CONTEÚDO VAGINAL E CERVICAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME DE MOTILIDADE OCULAR - TESTE ORTÓPTICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME MICOLÓGICO - CULTURA E IDENTIFICAÇÃO DE COLÔNIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| EXAME MICOLÓGICO DIRETO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| GONIOSCOPIA OCULAR | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRÁFICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRÁFICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRÁFICO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INVESTIGAÇÃO ULTRASSÔNICA SEM REGISTRO GRÁFICO (QUALQUER ÁREA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MAPEAMENTO DE RETINA - OFTALMOSCOPIA INDIRETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MEDIDA DE PRESSÃO HEPÁTICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OFTALMODINAMOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| OXIMETRIA NÃO INVASIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| PRESSÃO ARTERIAL PENIANA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| RETINOGRAFIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DA HISTAMINA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE EQUILÍBRIO PERITONEAL (PET) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR PRÉ E PÓS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRÉ E PÓS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE HUHNER | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE MITSUDA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE PRÓTESE AUDITIVA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

| PROCEDIMENTO | RN (alteração) | VIGÊNCIA | OD | AMB | HCO | HSO | REF | PAC | DUT | SUBGRUPO | GRUPO | CAPÍTULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCÍCIO | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICOS (POEIRA, ALIMENTOS, FUNGOS, INSETOS, PÓLENS, LÁTEX OU EPITÉLIO DE ANIMAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES DE CONTATO (BATERIA PADRÃO, COSMÉTICOS, CAPILAR, UNHAS, REGIONAL, MEDICAMENTOS E ALÉRGENOS OCUPACIONAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZAÇÃO (BATERIA PADRÃO, COSMÉTICOS, CAPILAR, UNHAS, REGIONAL, MEDICAMENTOS E ALÉRGENOS OCUPACIONAIS) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR) | | | OD | | | | | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DE FLUXO SALIVAR | | | OD | | | | | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM NATO (TESTE DO OLHINHO) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES VESTIBULARES ( COM OU SEM PROVA CALÓRICA, COM OU SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA, COM OU SEM PROVAS CALÓRICAS | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TONOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| TRICOGRAMA PARA DERMATOLOGIA / MINERALOGRAMA PARA TOXICOLOGIA (EXCLUI MEDICINA ORTOMOLECULAR) | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| URODINÂMICA COMPLETA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| UROFLUXOMETRIA | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |
| VISÃO SUBNORMAL | | | | AMB | HCO | HSO | REF | | | PROCEDIMENTOS | EXAMES ESPECÍFICOS | PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS |

Legenda:
OD: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização

# ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

# ANEXO II

## DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

(RN 465/2021
e suas alterações)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

SUMÁRIO

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 ..... 9

2. ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM ..... 9

3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA ..... 10

4. ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP) ..... 12

5. AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL ..... 12

6. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE ..... 13

7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAIO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA) ..... 13

8. BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE ..... 14

9. BRAF ..... 16

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 ..... 16

11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) ..... 20

12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) ..... 21

13. CIRURGIA REFRATIVA - PRK OU LASIK ..... 22

14. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO, POR PCR ..... 24

15. COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA ..... 24

16. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA ..... 24

17. CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA ..... 25

18. ABDOMINOPLASTIA ..... 25

19. DÍMERO-D ..... 25

20. ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO ..... 25

21. EGFR ..... 26

22. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO ..... 26

23. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA ..... 26

24. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA ..... 27

25. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO ..... 28

26. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE ..... 28

27. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA ..... 29

28. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO ..... 30

29. HEPATITE C - GENOTIPAGEM ..... 30

30. HER-2 ..... 31

31. HIV, GENOTIPAGEM ..... 31

32. HLA-B27, FENOTIPAGEM ..... 32

**33. IMPLANTE COCLEAR ..... 32**
**34. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL ..... 35**
**35. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) ..... 36**
**36. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) ..... 37**
**37. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR ..... 38**
**38. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA ..... 38**
**39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO ..... 39**
**40. IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) ..... 40**
**41. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) ..... 43**
**42. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) ..... 46**
**43. IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) ..... 47**
**44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO ..... 47**
**45. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO) ..... 49**
**46. IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA ..... 50**
**47. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS ..... 50**
**48. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL ..... 50**
**49. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA ..... 51**
**50. K-RAS ..... 51**
**51. LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE ..... 52**
**52. MAMOGRAFIA DIGITAL ..... 52**
**53. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL ..... 52**
**54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ..... 52**
54.1- TERAPIA PARA ANEMIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE ..... 52
54.2-TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DE INFECÇÕES RELACIONADAS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 53
54.3- TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 53
54.4- TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 53
54.5- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NEUTROPENIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM FATORES DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS ..... 54
54.6- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NÁUSEA E VÔMITO RELACIONADOS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 55
54.7- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 59
54.8- TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS ..... 59
**55. MICROCIRURGIA "A CÉU ABERTO" POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ) ..... 59**
**56. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS) ..... 60**
**57. N-RAS ..... 60**
**58. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ..... 60**
**59. PANTOFOTOCOAGULAÇÃO A LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE ..... 64**
**60. PET-CT ONCOLÓGICO ..... 65**
**61. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO ..... 67**

**62. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA ..... 67**

**63. SUCCINIL ACETONA ..... 68**

**64. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER ..... 68**

**65. TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) ..... 76**

65.1 ARTRITE REUMATÓIDE ..... 76
65.2 ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) ..... 76
65.3 ESPONDILOARTRITE AXIAL RADIOGRÁFICA (ESPONDILITE ANQUILOSANTE) OU NÃO RADIOGRÁFICA ..... 77
65.4 ARTRITE PSORIÁSICA ..... 77
65.5 PSORÍASE ..... 78
65.6 DOENÇA DE CROHN ..... 79
65.7 COLITE/RETOCOLITE ULCERATIVA ..... 79
65.8 HIDRADENITE SUPURATIVA ..... 80
65.9 ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE ..... 80
65.10 ASMA ALÉRGICA GRAVE ..... 80
65.11 URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA ..... 81
65.12 UVEÍTE NÃO INFECCIOSA ATIVA ..... 81
65.13 ESCLEROSE MÚLTIPLA ..... 82
65.14 DERMATITE ATÓPICA (INCLUÍDO PELA RN 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023) ..... 86
65.15 OSTEOPOROSE (INCLUÍDO PELA RN 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023) ..... 86

**66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER ..... 87**

**67. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST) ..... 87**

**68. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) ..... 87**

**69. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA ..... 89**

**70. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA ..... 90**

**71. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA ..... 92**

**72. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA ..... 92**

**73. TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA ..... 93**

**74. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO ..... 94**

**75. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA ..... 97**

**76. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL /ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE ..... 97**

**77. VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM ..... 97**

**78. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL ..... 97**

**79. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO ..... 97**

**80. APLICAÇÃO DE SELANTE ..... 98**

**81. BIÓPSIA DE BOCA ..... 98**

**82. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR ..... 98**

**83. BIÓPSIA DE LÁBIO ..... 98**

**84. BIÓPSIA DE LÍNGUA ..... 98**

**85. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA ..... 99**

**86. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA ..... 99**

**87. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO ..... 99**

**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 ..... 99**

**89. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO ..... 99**

**90. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) ..... 100**

**91. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA ..... 100**

**92. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA ..... 100**

**93. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA ..... 100**

**94. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA 100**

**95. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA .. 101**

**96. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM ..... 101**

**97. SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL ..... 101**

**98. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL 101**

**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 ..... 102**

**100. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO ..... 102**

**101. TUNELIZAÇÃO ..... 102**

**102. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA ..... 102**

**103. CONSULTA COM NUTRICIONISTA ..... 102**

**104. SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO ..... 103**

**105. SESSÃO COM PSICÓLOGO ..... 105**

**106. SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL ..... 105**

**107. SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL ..... 106**

**108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA ..... 106**

**109. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO ..... 107**

**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 ..... 108**

110.1 - ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA ..... 111
110.2 - ADRENOLEUCODISTROFIA ..... 112
110.3 - AMILOIDOSE FAMILIAR (TTR) ..... 113
110.4 - ATAXIA DE FRIEDREICH ..... 114
110.5 - ATAXIAS ESPINOCEREBELARES (SCA) ..... 114
110.6 - ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME ..... 116
110.7 – CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS – GENE BRCA1 E BRCA2 ..... 118
110.8 - COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA ..... 123
110.9 - DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA ..... 126
110.10 - DISPLASIA CAMPOMÉLICA ..... 126
110.11 - DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I E II ..... 127
110.12 - DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE/BECKER ..... 127
110.13 -DOENÇA DE HUNTINGTON ..... 129
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 130
110.15 - DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA) ..... 131
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) ..... 133
110.17 – FEBRE FAMILIAR DO MEDITERRÂNEO ..... 134

110.18 - FIBROSE CÍSTICA E DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE CFTR ..... 135
110.19 - HEMOCROMATOSE ..... 137
110.21 - HEMOFILIA B ..... 138
110.22 - MUCOPOLISSACARIDOSE ..... 139
110.23 - NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1 ..... 140
110.24 - NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2A– MEN2A ..... 140
110.25 - OSTEOGÊNESE IMPERFEITA ..... 142
110.26 - PAINEL DE GENES PARA CÂNCER DE MAMA E/OU OVÁRIO ..... 142
110.27 - POLIPOSE COLÔNICA ..... 145
110.28 - SÍNDROME CHARGE ..... 145
110.29 - SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI ..... 146
110.30 - SINDROME DE COWDEN ..... 147
110.31 - SÍNDROME DE HIPOFOSFATASIA ..... 150
110.32 - SÍNDROME DE LI-FRAUMENI ..... 151
110.33 - SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO HEREDITÁRIO (HNPCC) ..... 153
110.34 - SÍNDROME DE MARFAN ..... 156
110.35 - SÍNDROME DE NOONAN ..... 158
110.36 - SÍNDROME DE RETT ..... 158
110.37 - SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN ..... 160
110.38 - SÍNDROME DO CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO ..... 160
110.39 - SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY) ..... 162
110.40 - SÍNDROMES DE DELEÇÕES SUBMICROSCÓPICAS RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE ..... 163
110.41 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ..... 164
110.42 - SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS ..... 165
110.43 - SÍNDROME DE POLIPOSE JUVENIL ..... 166
110.44 - RETINOBLASTOMA ..... 168
110.45 - SÍNDROME DE VON-HIPPEL-LINDAU ..... 169
110.46 - SÍNDROME DE GORLIN (SÍNDROME DE CARCINOMAS BASOCELULARES NEVÓIDES) ..... 171
110.47 - ANEMIA DE FANCONI – SÍNDROME COM INSTABILIDADE CROMOSSÔMICA ASSOCIADA A APLASIA MEDULAR, DEFEITOS CONGÊNITOS E CÂNCER ..... 172

**111. VÍRUS ZIKA – POR PCR ..... 174**

**112. VÍRUS ZIKA – IGM ..... 174**

**113. VÍRUS ZIKA – IGG ..... 175**

**114. ALK – PESQUISA DE MUTAÇÃO ..... 176**

**115. ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ..... 176**

**116. ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ..... 177**

**117. AQUAPORINA 4 (AQP4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM ..... 177**

**118. CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA ..... 177**

**119. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA ..... 177**

**120. FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DE TRANSFERRINA ..... 178**

**121. RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) ..... 179**

**122. REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO ..... 179**

**123. RM - FLUXO LIQUÓRICO - COMPLEMENTAR À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ..... 180**

**124. TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) ..... 180**

**125. TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR ..... 182**

**126. SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT – PCR ..... 182**

**127. PROCALCITONINA, DOSAGEM ..... 183**

**128. PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B ..... 183**

**129. PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B ..... 183**

**130. PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO ..... 183**

**131. PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO ..... 183**

132. SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG OU ANTICORPOS TOTAIS.....184
133. ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL .....185
134. CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL.....185
135. CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ.....185
136. ~~CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO~~ .....186
137. ~~CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO~~ .....186
138. ~~CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL~~.....186
139. RAZÃO DO TESTE SFLT/PLGF .....186
140. ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA .....187
141. ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA .....187
142. FLT3 – PESQUISA DE MUTAÇÕES.....187
143. IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI) .....187
144. OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR .....188
145. PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) .....188
146. PD-L1 – DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS.....189
147. RADIOTERAPIA INTRA-OPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT).....189
148. TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA.....189
149. CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA VIA ANGULAR COM IMPLANTE DE STENT DE DRENAGEM POR TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA (INCLUÍDO PELA RN 473/2021, EM VIGOR A PARTIR DE 08/11/2021) .....190
150. TESTE SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19), TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO (INCLUÍDO PELA RN 478/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 20/01/2022) .....190
OBSERVAÇÃO: AS SOLICITAÇÕES MÉDICAS QUE ATENDAM ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NA DUT DEVEM SER AUTORIZADAS DE FORMA IMEDIATA. .....191
151. ELASTASE PANCREÁTICA FECAL (INCLUÍDO PELA RN 536/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 06/05/2022).....191
152. TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM ALIMENTOS (INCLUÍDO PELA RN 536/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 06/05/2022) .....191
153. TERAPIA COM ALFACERLIPONASE PARA LIPOFUSCINOSE CEROIDE NEURONAL TIPO 2 (CLN2) (INCLUÍDO PELA RN 538/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 22/10/2022) .....192
154. APLICAÇÃO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL INJETÁVEL (INCLUÍDO PELA RN 538/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 22/10/2022) .....192
155. RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA (INCLUÍDO PELA RN 542/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 01/09/2022) .....192
156. BRCA1 E BRCA2, PESQUISA DE MUTAÇÃO SOMÁTICA (INCLUÍDO PELA RN 542/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 01/09/2022) .....193
157. TESTE PARA DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (MPXV) POR BIOLOGIA MOLECULAR (INCLUÍDO PELA RN 544/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 21/09/2022).....193
158. TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (INCLUÍDO PELA RN 546/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 03/10/2022) .....193
159. TERAPIA AVANÇADA PARA O TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (INCLUÍDO PELA RN 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023).....194
160. TESTE DE DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA, HRD (INCLUÍDO PELA RN 577/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 09/05/2023).....194
161. TERAPIA COM ALFAGALSIDASE PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (INCLUÍDO PELA RN 581/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 12/07/2023).....194

**162. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL DE 5 DIAS - MAPA 5 DIAS (MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MRPA) (INCLUÍDO PELA RN 581/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 12/07/2023) 195**

**ANEXO II - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

## 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.

3. Cobertura obrigatória na triagem neonatal para detecção precoce da deficiência de acilCoA desidrogenase de cadeia média (MCADD). (Incluído pela RN 575/2023, em vigor a partir de 10/03/2022)

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

Referência Bibliográfica: Tandem Mass Spectrometry in Clinical Diagnosis in Nenad Blau; et al. Physician's guide to the laboratory diagnosis of metabolic diseases. Berlin: Springer, 2003, 2nd Ed. ISBN 3-540-42542-X

## 3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos multislice com 64 colunas de detectores ou mais):

a. avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% calculada segundo os critérios de Diamond Forrester revisado1, como uma opção aos outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana, conforme tabela a seguir:

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

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

b. dor torácica aguda, em pacientes com TIMI RISK 1 e 2, com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica;

c. para descartar doença coronariana isquêmica, em pacientes com diagnóstico estabelecido de insuficiência cardíaca (IC) recente, onde permaneça dúvida sobre a etiologia da IC mesmo após a realização de outros exames complementares;

d. em pacientes com quadro clínico e exames complementares conflitantes, quando permanece dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia;

e. pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

Referências Bibliográficas:


1. Genders TS, Steyerberg EW, Alkadhi H, Leschka S, Desbiolles L, Nieman K, Galema TW, Meijboom WB, Mollet NR, de Feyter PJ, Cademartiri F, Maffei E, Dewey M, Zimmermann E, Laule M, Pugliese F, Barbagallo R, Sinitsyn V, Bogaert J, Goetschalckx K, Schoepf UJ, Rowe GW, Schuijf JD, Bax JJ, de Graaf FR, Knuuti J, Kajander S, van Mieghem CA, Meijs MF, Cramer MJ, Gopalan D, Feuchtner G, Friedrich G, Krestin GP, Hunink MG. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. Eur Heart J. 2011
2. Jensen JM, Voss M, Hansen VB, Andersen LK, Johansen PB, Munkholm H, Nørgaard BL. Risk stratification of patients suspected of coronary artery disease: comparison of five different models. Atherosclerosis. 2012 Feb;220(2):557-62.
3. Mark DB, Berman DS, Budoff MJ, et al. ACCF/ACR/AHA/NASCI/SAIP/SCAI/SCCT 2010 expert consensus document on coronary computed tomographic angiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. Circulation 2010;121:2509-43.
4. Taylor AJ, Cerqueira M, Hodgson JM, et al. ACCF/SCCT/ACR/AHA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010 Appropriate Use Criteria for Cardiac Computed Tomography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the American Society of Nuclear Cardiology, the North American Society for Cardiovascular Imaging, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. Circulation 2010;122:e525-55.

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

## 4. 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.

Referências Bibliográficas:

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

## 6. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE

1. Cobertura obrigatória para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. quando o resultado do IgM for maior que 2;

b. quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após intervalo de 3 a 4 semanas.

## 7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA 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. hipersensibilidadea 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 dajunção 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.

Referências Bibliográficas:

1. Portaria SAS/MS nº 376, de 10 de novembro de 2009.
2. PORTARIA SAS/MS nº 377, de 10 de novembro de 2009.

## 9. BRAF

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

## 10. CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO – corresponde aos seguintes procedimentos: CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOLÓGICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO

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

a. suspeita de infarto de ventrículo direito;

b. suspeita de infarto com reperfusão, não diagnosticado por exames convencionais;

c. na investigação de dor torácica em situação de emergência.

2. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica em repouso em pacientes com dor torácica aguda na suspeita de inflamação ou infiltração miocárdica.

3. Cobertura obrigatória da cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e de estresse na avaliação e estratificação de risco de paciente com Síndrome Coronariana Aguda confirmada para:

a. avaliação de isquemia miocárdica residual, avaliação de miocárdio viável e para avaliação funcional de lesões coronarianas detectadas no estudo anatômico das coronárias;

b. Identificação da gravidade e extensão da área de isquemia induzida em pacientes com estabilização clínica com terapia medicamentosa.

4. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na identificação do vaso relacionado à isquemia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. doença arterial coronária (DAC) comprovada quando há necessidade de localização e/ou quantificação da área isquêmica a ser revascularizada;

b. avaliação de isquemia em lesão intermediária (de 50 a 80% de estenose) identificada na coronariografia diagnóstica ou angiotomografia.

5. Cobertura obrigatória para detecção de viabilidade miocárdica em pacientes com disfunção ventricular grave (fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 40%) com DAC suspeita ou confirmada.

6. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. na estratificação pré-operatória de cirurgia vascular arterial em pacientes com pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco clínicos: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL;

b. estratificação pré-operatória de cirurgia geral em pacientes com diagnóstico confirmado de pelo menos uma das seguintes cardiopatias: infarto agudo do miocárdio ocorrido nos últimos 6 meses, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada ou doença valvar grave;

c. estratificação pré-operatória antes de cirurgia geral de risco intermediário ou alto em pacientes com capacidade funcional menor ou igual a 4 METS ou que

seja impossível avaliar a capacidade funcional quando preenchido pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL.

7. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC ou DAC confirmada e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. paciente sintomático com probabilidade pré-teste de 10 a 90% segundo Diamond Forrester e com incapacidade de realização de teste ergométrico ou contra-indicação;

b. paciente com teste ergométrico inconclusivo ou positivo, escore de DUKE intermediário ou alto, quando houver suspeita de ser falso positivo ou quando houver necessidade de quantificar o grau e extensão da isquemia para definição de tratamento;

c. probabilidade pré-teste maior ou igual a 10%, pelos critérios de Diamond e Forrester, mas incapazes de realizar o teste de esforço ou com ECG basal alterado e de difícil interpretação devido a ritmo de marcapasso, síndrome de Wolf Parkinson White, infra de ST > 1mm ou BRE completo;

d. paciente sintomático com lesão coronária com estenose inferior a 50%, documentada por métodos anatômicos, para definição da presença de isquemia miocárdica funcional.

8. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para pacientes com suspeita de DAC submetidos a exames prévios para avaliação de isquemia com resultados inconclusivos ou conflitantes:

a. pacientes com diabetes mellitus quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: com doença há pelo menos dez anos ou microangiopatia diabética ou fatores de risco para DAC (HAS, Tabagismo, dislipidemia ou 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.

Referências Bibliográficas:


1. S. R. Underwood, C. Anagnostopoulos, M. Cerqueira, P. J. Ell, E. J. Flint, M. Harbinson, A. D. Kelion, A. Al-Mohammad, E. M. Prvulovich, L. J. Shaw, A. C. Tweddel. Myocardial perfusion scintigraphy: the evidence. Eur J Nucl Med Mol Imaging (2004) 31:261–291.
2. Klocke FJ, Baird MG, Bateman TM, Berman DS, Carabello BA, Cerqueira MD, DeMaria AN, Kennedy JW, Lorell BH, Messer JV, O'Gara PT, Russell RO Jr, St. John Sutton MG, Udelson JE, Verani MS, Williams KA. ACC/AHA/ASNC guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Radionuclide Imaging). J Am Coll Cardiol 2003;42:1318 –33.
3. Chalela W, Meneguetti C, et al. I Diretriz sobre Cardiologia Nuclear . Arq Bras Cardiol volume 78, (suplemento III), 2002.
4. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, Foster E, Hlatky MA, Hodgson JMcB, Kushner FG, Lauer MS, Shaw LJ, Smith SC, Jr., Taylor AJ, Weintraub WS, Wenger NK. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2010; 56:e50–103.

5. Feitosa, Gilson Soares and DERC et al. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Cardiologia Nuclear. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2002, vol.78, suppl.3 [cited 2013-06-17], pp. 1-42
6. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, et al. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. Circulation. 1999; 100: 1481–1492.
7. Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease. A joint editorial statement by the American Diabetes Association; The National Heart, Lung, and Blood Institute; The Juvenile Diabetes Foundation International; The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and The American Heart Association. Circulation. 1999; 100: 1132–1133.
8. Kang X, Berman DS, Lewin HC, et al. Incremental prognostic value of myocardial perfusion single photon emission computed tomography in patients with diabetes mellitus. Am Heart J. 1999; 138: 1025–1032.
9. Gibbons RJ. Noninvasive diagnosis and prognosis assessment in chronic coronary artery disease: stress testing with and without imaging perspective. Circ Cardiovasc Imaging. 2008 Nov;1(3):257-69;
10. Hachamovitch R, Berman DS, Kiat H, Cohen I, Cabico JA, Friedman J, Diamond GA. Exercise myocardial perfusion SPECT in patients without known coronary artery disease: incremental prognostic value and use in risk stratification. Circulation. 1996 Mar 1;93(5):905-14.
11. Hachamovitch R, Berman DS, Kiat H, Bairey CN, Cohen I, Cabico A, Friedman J, Germano G, Van Train KF, Diamond GA. Effective risk stratification using exercise myocardial perfusion SPECT in women: gender-related differences in prognostic nuclear testing. J Am Coll Cardiol. 1996 Jul;28(1):34-44.
12. Cerci MS, Cerci JJ, Cerci RJ, Pereira Neto CC, Trindade E, Delbeke D, da Cunha CL, Vitola JV. Myocardial perfusion imaging is a strong predictor of death in women. JACC Cardiovasc Imaging. 2011 Aug;4(8):880-8. doi: 10.1016/j.jcmg.2011.06.009.

## 11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro 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;~~

b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; (Alterado pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

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.~~ (Excluído pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

Grupo II

~~a. durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;~~

a. durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas; (Alterado pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

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;~~

b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; (Alterado pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

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;~~ (Excluído pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

e. 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.~~

b. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei. (Alterado pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)

## 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.

Referência Bibliográfica: Resolução do CFM nº 1.942/2010.

## 17. CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA

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

## 18. 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/$m^2$ a 39,9 Kg/$m^2$, 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/$m^2$ a 49,9 Kg/$m^2$, 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/$m^2$.

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 suprarrenal 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 nº 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) >300 µm.

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.

Referência Bibliográfica:

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

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

1. Cobertura obrigatória para prevenção secundária quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e todos os critérios do Grupo II.

2. Cobertura obrigatória para prevenção primária em pacientes com cardiopatia isquêmica ou em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchidos todos os critérios do Grupo II.

3. Cobertura obrigatória para prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica quando preenchidos todos os critérios do Grupo II.

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

Grupo I

a. sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível;
b. taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural;
c. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular.

Grupo II

a. fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 35%;
b. ritmo sinusal;

c. classe funcional II ou III (pacientes ambulatoriais) apesar de terapia médica recomendada ótima (incluindo betabloqueadores, sempre que possível), em acompanhamento em ambulatório por pelo menos 3 (três) meses;

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

Referências Bibliográficas:


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


## 37. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

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

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

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. diagnóstico firmado há pelo menos 5 anos;

b. resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença;

c. refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador);

d. existência de função motora preservada ou residual no segmento superior;

e. ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson).

2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias;

b. tenha havido tratamento conservador prévio por no mínimo dois anos;

c. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;

d. exista função motora preservada ou residual no segmento superior.

~~3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento medicamentoso.~~

3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária e distonia cervical, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento convencional. (Alterado pela RN nº 553/2022, a partir de 06/12/2022)

4. Pacientes com epilepsia quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;

b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso;

c. o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

## 39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

1. Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;

b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso.

2. Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. haja refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback);

b. teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral.

3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;

b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses;

c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

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

1. Doença do nó sinusal. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

a. presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-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;

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

## 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 QRS≥120 ms;

b. CF III ou IV ambulatorial, sem padrão de BRE, mas com QRS≥150 ms.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE ≤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 ≥ 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.

Referências Bibliográficas:


1. Priwin C, Jönsson R, Hultcrantz M, Granström G. BAHA in children and adolescents with unilateral or bilateral conductive hearing loss: a study of outcome. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 135-45. PMID: 17092570.
2. Van der Pouw KT, Snik AF, Cremers CW. Audiometric results of bilateral bone-anchored hearing aid application in patients with bilateral congenital aural atresia. Laryngoscope 1998; 108 (4 Pt 1): 548-53.
3. Priwin C, Stenfelt S, Granström G, Tjellström A, Håkansson B. Bilateral bone-anchored hearing aids (BAHAs): an audiometric evaluation. Laryngoscope 2004; 114: 77-84. PMID: 14709999.

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

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

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

    a. dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;

    b. não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por no mínimo 6 meses*;

c. houve melhora com o uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio;

d. existe intolerância intensa aos opióides orais;

e. verifica-se melhora com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano realizada durante pelo menos 3 dias;

f. o paciente não esteja imunocomprometido.

*exceto portadores de neoplasias malignas.

2. Pacientes portadores de espasticidade quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. a espasticidade seja intensa, afetando, no mínimo, dois membros;

b. presença de sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico;

c. tenha havido resposta satisfatória à aplicação intratecal de baclofeno.

## 46. IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA

1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem um dos seguintes critérios:

a. uveíte crônica não infecciosa intermediária ou posterior;

b. edema macular nas oclusões venosas de ramo e central da retina;

c. edema macular diabético.

## 47. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS

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

## 48. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL

1. Cobertura obrigatória para pacientes com incontinência urinária grave (confirmada por exame de urodinâmica) após prostatectomia para tratamento de câncer de

próstata, quando o paciente preencher todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

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 ≥3,5 g/dl e IMC > 22kg/m²);
d. possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária;
e. tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II

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

## 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.

Referência Bibliográfica:

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

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

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

Referência Bibliográfica:

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

54.3- TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de antidiarréico para pacientes com 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.

2. Cobertura obrigatória para os casos de neutropenia febril relacionados ao uso de antineoplásico, quando o paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e forem preenchidos todos os critérios do grupo I e um dos critérios do grupo II:

Grupo I (Definição)

a. uma medida de temperatura ≥ 38,30◦C ou ≥38,0◦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.

Referência Bibliográfica:

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

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

- Profilaxia/Prevenção de náuseas, vômitos relacionados a agentes antineoplásicos

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

| Alto Potencial Emetogênico (> 90%) | Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%) | Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%) |
|---|---|---|
| Esquema Adulto:<br>1. Antagonista dos receptores NK1<br>2. Corticosteróides<br>3. Antagonista do receptor 5-HT3<br>Opcional<br>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2 | Esquema Adulto:<br>1. Antagonista dos receptores NK1<br>2. Corticosteróides<br>3. Antagonista do receptor 5-HT3<br>Opcional<br>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2 | Esquema Adulto:<br>1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida<br>Opcional<br>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de protóns ou antagonista do receptor H2 |
| Esquema Pediátrico:<br>1. Antagonista do receptor 5-HT3<br>2. Corticosteróides | Esquema Pediátrico:<br>1. Antagonista do receptor 5-HT3<br>2. Corticosteróides | Esquema Pediátrico:<br>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 (>5<10MUI/ m2) | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Alfainterferona (=10MUI/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Altretamina | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Amifostina (> 300mg/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Amifostina (< ou = 300mg/m2) | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Asparginase | INJETÁVEL | 1 | | | |
| Azacitidina | INJETÁVEL | | | 3 | |
| Bendamustina | INJETÁVEL | | | 3 | |
| Bevacizumabe | INJETÁVEL | 1 | | | |
| Bleomicina | INJETÁVEL | 1 | | | |
| Bortezomibe | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Bussulfano | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Cabazitaxel | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Capecitabina | ORAL | | 2 | | |
| Carbazitaxel | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Carboplatina | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Carmustina (> 250mg/m2) | INJETÁVEL | | | | 5 |
| Carmustina (=250mg/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Catumaxumabe | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Cetuximabe | INJETÁVEL | 1 | | | |
| Ciclofosfamida | ORAL | | | 3 | |
| Ciclofosfamida (> 1500mg/m2) | INJETÁVEL | | | | 5 |
| Ciclofosfamida (=750mg=1500mg/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Cisplatina (< 50mg/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Cisplatina (=50mg/m2) | INJETÁVEL | | | | 5 |
| Citarabina (< 100mg/m2) | INJETÁVEL | 1 | | | |
| Citarabina (> 200mg/ m2) | INJETÁVEL | | | 4 | |
| Citarabina (100 -200mg/ m2) | INJETÁVEL | | 2 | | |
| Cladribina (2-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 |

| Medicamento | Forma | Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos | Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos | Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos | Alto: 90% ou mais apresentam vômitos |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. somar 1 ponto para cada outro de nível 3 ou 4
c. somar 1 ponto para um ou mais de nível 2

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

Referências Bibliográficas:


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

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

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

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

1. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K e/ou aspirina na profilaxia do tromboembolismo, em pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de mieloma múltiplo, em uso de agentes antiangiogênicos e quimioterapia.

2. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K na profilaxia secundária ou tratamento do tromboembolismo com diagnóstico prévio de tromboembolismo venoso ou tromboembolismo pulmonar.

3. Cobertura obrigatória de inibidores de trombina e/ou inibidor indireto de trombina para pacientes incluídos nos itens 1 e/ou 2 e que apresentem trombocitopenia induzida por heparina.

Referência Bibliográfica:

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

## 55. MICROCIRURGIA “A CÉU ABERTO” POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
   a. espasticidade em pacientes paraplégicos;
   b. espasticidade em pacientes hemiplégicos;
   c. espasticidade assimétrica em crianças;

d. dor neuropática - lesão periférica (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;
   d. quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo;
   e. quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência, ou progressão de lesão de órgãos–alvos.

## 57. N-RAS

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

## 58. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

1. Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. pacientes com doença descompressiva;
   b. pacientes com embolia traumática pelo ar;
   c. pacientes com embolia gasosa;
   d. pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
   e. pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
   f. pacientes com gangrena gasosa;
   g. pacientes com síndrome de Fournier;

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. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;

   c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

4. Cobertura obrigatória 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 ≥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. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

## 64. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| 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):<br><br>- em combinação com um inibidor da aromatase como terapia endócrina inicial;<br><br>- em combinação com fulvestranto como terapia endócrina inicial ou após terapia endócrina;<br><br>- como agente único, após progressão da doença após o uso de terapia endócrina e 1 ou 2 regimes quimioterápicos anteriores para doença metastática. (Incluído pela RN nº 477, a partir de 14/01/2022) |
| 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. |
| Acalabrutinibe | LLC - Leucemia Linfocítica Crônica | Tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC) / Linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC) em primeira linha de tratamento. (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | LLC - Leucemia Linfocítica Crônica | Tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC) / Linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC) recidivada ou refratária. (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |
| | LCM - Linfoma de células do manto | Tratamento de pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) que receberam pelo menos uma terapia anterior. (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |
| 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 | Próstata | Câncer de próstata não metastático resistente à castração. |
| | Próstata | Tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm). (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |
| Axitinibe | Rim | Em combinação com Pembrolizumabe, para o tratamento de primeira linha de pacientes com carcinoma de células renais (CCR) avançado ou metastático, com risco prognóstico IMDC intermediário ou desfavorável (IMDC: ferramenta para avaliação de risco da International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium). (Incluído pela RN nº 550, a partir de 09/11/2022) |
| 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. |
| Brigatinibe | Pulmão | Tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK+), em primeira linha. (Incluído pela RN nº 536, a partir de 06/05/2022) |
| 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. |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | 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). |
| | Rim | Em combinação com Nivolumabe, para o tratamento de primeira linha de pacientes adultos com carcinoma de células renais (CCR) avançado. (Incluído pela RN nº 550, a partir de 09/11/2022) |
| | Tireoide | Tratamento, em segunda linha, do carcinoma diferenciado de tireoide localmente avançado ou metastático, refratário ou não elegível ao iodo radioativo, de pacientes que progrediram após tratamento prévio com terapias alvo para receptores de expressão do fator de crescimento endotelial vascular – VEGFR. (Incluído pela RN nº 583, a partir de 01/08/2023) |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| Darolutamida | Próstata | Tratamento de pacientes com câncer de próstata não metastático resistente à castração. (Incluído pela RN nº 513/2022, a partir de 01/04/2022) |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | Próstata | Em combinação com docetaxel, para o tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático hormônio-sensível. (Incluído pela RN nº 577/2023, a partir de 09/05/2023) |
| Dietiletilbestrol | Mama | Casos paliativos. |
| | Próstata | Casos paliativos. |
| Enzalutamida | Próstata | Adultos com câncer de próstata não metastático resistente à castração. |
| | 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. |
| | Próstata | Tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm). (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |
| 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. |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| 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. |
| Gilteritinibe, Hemifumarato de | Leucemia Mielóide Aguda (LMA) | Em monoterapia para o tratamento de pacientes adultos com leucemia mieloide aguda (LMA) recidivada ou refratária com mutação no gene FLT3 (tirosina quinase 3 semelhante à FMS). A cobertura não será obrigatória nos casos de terapia de manutenção após transplante de célula tronco hematopoiética (TCTH). (Incluído pela RN nº 540, a partir de 06/07/2022) |
| Hidroxiuréia | LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica | Fase crônica. |
| Ibrutinibe | LLC - Leucemia linfocítica crônica / LLPC - Linfoma linfocítico de pequenas células | Tratamento de pacientes que apresentam leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC). |
| | LCM - Linfoma de células do manto | 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. |
| | GIST - Tumor estromal gastrintestinal | Irressecável ou metastático. |
| | GIST - Tumor estromal gastrintestinal | 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. |
| | Mieloma múltiplo | Em monoterapia para o tratamento de manutenção de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado que |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | | foram submetidos a transplante autólogo de células-tronco. |
| | Mieloma múltiplo | Em terapia combinada*, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis a transplante.<br>*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. |
| | Tireoide | Tratamento de pacientes adultos com carcinoma diferenciado da tireoide (CDT) localmente avançado ou metastático, progressivo, refratário a radiodoterapia (RIT). (Incluído pela RN nº 578, a partir de 03/07/2023) |
| Letrozol | Mama | Neoadjuvante, adjuvante ou metástatico em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo. |
| Lorlatinibe | Pulmão | Tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK+), em primeira linha. (Incluído pela RN nº 537, a partir de 31/05/2022) |
| 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. |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | 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. |
| Niraparibe | Ovário | Terapia de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário, da trompa de Falópio ou peritoneal primário avançado (Estágios III e IV – FIGO) de alto grau, que responderam completamente ou em parte, após a conclusão da quimioterapia de primeira linha à base de platina. (Incluído pela RN nº 550, a partir de 09/11/2022) |
| Olaparibe | Ovário | Tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário seroso (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) ou endometrioide, de alto grau (grau 2 ou maior), recidivado, com mutação BRCA, sensível à quimioterapia baseada em platina (resposta completa ou parcial). (Incluído pela RN nº 542, a partir de 01/09/2022) |
| | Ovário | Tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), recentemente diagnosticado, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado, com mutação BRCA, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina. (Incluído pela RN nº 542, a partir de 01/09/2022) |
| | Ovário | Em associação a bevacizumabe, para o tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma epitelial avançado (estágio FIGO III-IV) de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) com status HRD positivo e que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina. (Incluído pela RN nº 577, a partir de 09/05/2023) |
| 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. |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | Colorretal | Tratamento de pacientes adultos com câncer colorretal (CCR) metastático que tenham sido previamente tratados com, ou não sejam considerados candidatos para, as terapias disponíveis. Estas incluem quimioterapia à base de fluoropirimidinas, terapia anti-VEGF e terapia anti-EGFR. (Incluído pela RN nº 546, a partir de 03/10/2022) |
| 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 | GIST - Tumor estromal gastrintestinal | 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. |
| Trifluridina / Cloridrato de tipiracila (FTD/TPI) | Colorretal | Tratamento de pacientes com câncer colorretal metastático que tenham sido tratados previamente com, ou não são considerados candidatos para, terapias disponíveis incluindo quimioterapia à base de fluoropirimidina, oxaliplatina e irinotecano, terapia anti-VEGF e, se for RAS do tipo selvagem, uma terapia anti-EGFR. (Incluído pela RN nº 536, a partir de 06/05/2022) |

| SUBSTÂNCIA | LOCALIZAÇÃO | INDICAÇÃO |
|---|---|---|
| | Estômago | Tratamento de pacientes adultos com câncer gástrico metastático, incluindo adenocarcinoma da junção gastroesofágica, que foram previamente tratados com pelo menos dois regimes anteriores de tratamento sistêmico para doença avançada. (Incluído pela RN nº 536, a partir de 06/05/2022) |
| 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. |
| | LLC - Leucemia linfocítica crônica | Em combinação com obinutuzumabe, para pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC) em primeira linha de tratamento. (Incluído pela RN nº 536, a partir de 06/05/2022) |
| Vinorelbina | Pulmão | Carcinoma de pulmão não pequenas células. |
| | Mama | Carcinoma de mama. |
| Zanubrutinibe | LCM - Linfoma de células do manto | Tratamento de pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) que receberam pelo menos uma terapia anterior. (Incluído pela RN nº 571, a partir de 10/02/2023) |

## 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, Ustequinumabe, Risanquizumabe[1] ou Certolizumabe pegol[2] 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.

Observação:

1. Incluído pela RN nº 536/2022, a partir de 06/05/2022

2. Incluído pela RN nº 553/2022, a partir de 06/12/2022

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/RETOCOLITE ULCERATIVA

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Golimumabe, Infliximabe ou Vedolizumabe para tratamento da Colite/Retocolite Ulcerativa Moderada a Grave (escore completo de Mayo ≥ 6 ou escore endoscópico de Mayo ≥ 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 Mepolizumabe ou Dupilumabe[1] 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.

Observação:

1. Incluído pela RN nº 513/2022, a partir de 01/04/2022

65.10 ASMA ALÉRGICA GRAVE

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Omalizumabe ou Dupilumabe[1] 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.

Observação:

1. Incluído pela RN nº 550/2022, a partir de 09/11/2022

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 ou Ofatumumabe[1] 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/$mm^3$ e linfócitos acima de 1.000/$mm^3$ ao 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.

Observação:

1. Incluindo pela RN nº 584/2023, a partir de 01/09/2023.

65.14 DERMATITE ATÓPICA (Incluído pela RN 571/2023, em vigor a partir de 10/02/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Dupilumabe para o tratamento de pacientes adultos com dermatite atópica grave com indicação de tratamento sistêmico e que apresentem falha, intolerância ou contraindicação à ciclosporina, que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios:

a. Escore de Atividade da Dermatite Atópica - SCORAD superior a 50;

b. Índice de Área e Gravidade do Eczema - EASI superior a 21;

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

65.15 OSTEOPOROSE (Incluído pela RN 571/2023, em vigor a partir de 10/02/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Romosozumabe para mulheres com osteoporose na pós-menopausa, a partir dos 70 anos, e que falharam ao tratamento medicamentoso (duas ou mais fraturas).

## 66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER

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

Referência Bibliográfica:

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

## 67. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
   a. síncope recorrente na ausência de doença cardíaca conhecida ou suspeita, para avaliação do componente 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.

Referência Bibliográfica:

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

## 68. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

Cobertura obrigatória nas seguintes situações:

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

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

a. história familiar de DAC precoce ou morte súbita;

b. paciente de alto risco pelo escore de Framingham;

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

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

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

f. adultos com arritmias ventriculares que apresentam uma probabilidade intermediária ou alta de doença coronariana pelos critérios de Diamond e Forrester.

3. Na investigação da doença coronariana ambulatorial em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária pelo escore de Diamond e Forrester.

4. Na investigação de pacientes de baixo risco, com suspeita de síndrome coronariana aguda.

5. Na avaliação de pacientes com doença coronariana comprovada por coronariografia ou pós-infarto agudo do miocárdio diagnosticado pelos critérios da OMS, para avaliação de risco antes da alta hospitalar e prescrição de atividade física.

6. Na avaliação de classe funcional em pacientes selecionados para transplante cardíaco por meio da ergoespirometria.

7. Na investigação das arritmias induzidas pelo esforço ou sintomas que possam ser dependentes de arritmia.

8. Na estratificação de risco para morte súbita cardíaca nas síndromes 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~~. (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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/m²);

d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m2) com mais de 16 anos;

f. pacientes ostomizados;

g. após cirurgia gastrointestinal;

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

~~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); (Excluído pela RN nº 469/2021, a partir de 12/07/2021)

c. pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4. Cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para 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; CID F84.5; CID F84.9); Cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes com transtornos globais do desenvolvimento (CID F84). (Alterado pela RN nº 539/2022, a partir de 01/07/2022)

5. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 sessões por ano de contrato. (Incluído pela RN nº 469/2021, a partir de 12/07/2021) (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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. (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 106. SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

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); (Excluído pela RN nº 469/2021, a partir de 12/07/2021)

b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);

c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

2. Cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84). (Incluído pela RN nº 469/2021, a partir de 12/07/2021) (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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). (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

~~1. Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:~~

~~a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);~~

~~b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);~~

~~c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);~~

~~d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);~~

~~e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);~~

~~f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);~~

~~g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69).~~ **(**Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022**)**

## 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.

Referencias:
Lwiwski 2008
Borry et al 2009
Diretriz ESHG

**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.

Referências Bibliográficas:

1. Bird TD. Hereditary Ataxia Overview. 1998 Oct 28 [updated 2015 Mar 5]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, Bird TD, Dolan CR, Fong CT, Smith RJH, Stephens K, editors. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1138/

2. de Castilhos RM, Furtado GV, Gheno TC, Schaeffer P, Russo A, Barsottini O, Pedroso JL, Salarini DZ, Vargas FR, de Lima MA, Godeiro C, Santana-da-Silva LC, Toralles MB, Santos S, van der Linden H Jr, Wanderley HY, de Medeiros PF, Pereira ET, Ribeiro E, Saraiva-Pereira ML, Jardim LB; Rede Neurogenetica. Spinocerebellar ataxias

in Brazil--frequencies and modulating effects of related genes. Cerebellum. 2014 ;13:17-28.

3. Sequeiros J, Martindale J, Seneca S, Giunti P, Kämäräinen O, Volpini V, Weirich H, Christodoulou K, Bazak N, Sinke R, Sulek-Piatkowska A, Garcia-Planells J, Davis M, Frontali M, Hämäläinen P, Wieczorek S, Zühlke C, Saraiva-Pereira ML, Warner J, Leguern E, Thonney F, Quintáns Castro B, Jonasson J, Storm K, Andersson A, Ravani A, Correia L, Silveira I, Alonso I, Martins C, Pinto Basto J, Coutinho P, Perdigão A, Barton D, Davis M; European Molecular Quality Genetics Network. EMQN Best Practice Guidelines for molecular genetic testing of SCAs. Eur J Hum Genet. 2010 Nov;18:1173-6.

4. van de Warrenburg BP, van Gaalen J, Boesch S, Burgunder JM, Dürr A, Giunti P, Klockgether T, Mariotti C, Pandolfo M, Riess O. EFNS/ENS Consensus on the diagnosis and management of chronic ataxias in adulthood. Eur J Neurol. 2014 Apr;21(4):552-62.

110.6 - ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME

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

Referências Bibliográficas:

1. Scheffer H,Cobben JM, Gert Matthijs G, Wirth B.Best practice guidelines for molecular analysis in spinal muscular atrophy Eur J Human Genet (2001) 9, 484-491 www.nature.com/ejhg

2. Wang CH, Finkel RS, Bertini ES, Schroth M, Simonds A, Wong B, Aloysius A, Morrison L, Main M, Crawford TO, Trela A. Consensus Statement for Standard of Care in Spinal Muscular Atrophy J Child Neurol 2007 22: 1027 DOI: 10.1177/0883073807305788

110.7 – CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS – GENE BRCA1 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. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama e/ou ovário;

c. Diagnóstico de câncer de mama em idade ≤ 60 anos se câncer de mama triplo negativo (Receptor de estrogênio (RE), Receptor de progesterona (RP) e Receptor HER2 negativos);

d. Diagnóstico de câncer de mama em qualquer idade e mais um dos seguintes:

I. ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º graus com câncer de mama feminino em idade ≤ 50 anos;

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

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

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

V. ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de pâncreas ou próstata (escore de Gleason > 7) em qualquer idade.

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

2. Cobertura obrigatória para mulheres com diagnóstico atual ou prévio de câncer de ovário (tumor epitelial) em qualquer idade e independente da história familiar.

3. Cobertura obrigatória para homens com diagnóstico atual ou prévio de câncer de mama em qualquer idade e independente da história familiar.

4. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de pâncreas e ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama e/ou ovário e/ou pâncreas ou próstata (escore de Gleason ≥ 7) em qualquer idade.

5. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de próstata (escore de Gleason ≥ 7) e ≥ 2 familiares de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família com câncer de mama e/ou ovário e/ou pâncreas ou próstata (escore de Gleason ≥ 7) em qualquer idade.

6. Cobertura obrigatória para teste das 3 mutações fundadoras Ashkenazi nos genes BRCA1 e BRCA2 em pacientes de origem judaica Ashkenazi quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. câncer de mama em qualquer idade e independente da história familiar;

b. câncer de ovário em qualquer idade e independente da história familiar;

c. câncer de pâncreas em qualquer idade com ≥ 1 familiar de 1º, 2º e 3º. graus com câncer de mama, ovário, pâncreas ou próstata (escore Gleason ≥ 7).

7. Cobertura obrigatória para pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados ou não com câncer, independente do sexo, quando houver mutação 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.

9. 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.

Referências Bibliográficas:

1. Carraro DM, Koike Folgueira MA, Garcia Lisboa BC, Ribeiro Olivieri EH, Vitorino Krepischi AC, de Carvalho AF, de Carvalho Mota LD, Puga RD, do Socorro Maciel M, Michelli RA, de Lyra EC, Grosso SH, Soares FA, Achatz MI, Brentani H, Moreira-Filho CA, Brentani MM. Comprehensive analysis of BRCA1, BRCA2 and TP53 germline mutation and tumor characterization: a portrait ofearly-onset breast cancer in Brazil. PLoS One. 2013;8(3):e57581. doi: 10.1371/journal.pone.0057581. Epub 2013 Mar 1.

2. Couch FJ, Hart SN, Sharma P, Toland AE, Wang X, Miron P, Olson JE, Godwin AK, Pankratz VS, Olswold C, Slettedahl S, Hallberg E, Guidugli L, Davila JI, Beckmann MW, Janni W, Rack B, Ekici AB, Slamon DJ, Konstantopoulou I, Fostira F, Vratimos A, Fountzilas G, Pelttari LM, Tapper WJ, Durcan L, Cross SS, Pilarski R, Shapiro CL, Klemp J, Yao S, Garber J, Cox A, Brauch H, Ambrosone C, Nevanlinna H, Yannoukakos D, Slager SL, Vachon CM, Eccles DM, Fasching PA. Inherited mutations in 17 breast cancer susceptibility genes among a large triple-negative breast cancer cohort unselected for family history of breast cancer. J Clin Oncol. 2015; 33(4):304-11. doi: 10.1200/JCO.2014.57.1414. Epub 2014 Dec 1.

3. Euhus DM, Robinson L. Genetic predisposition syndromes and their management. Surg Clin North Am. 2013; 93(2):341-62. doi: 10.1016/j.suc.2013.01.005. Epub 2013 Feb 11

4. Gadzicki D, Evans DG, Harris H, Julian-Reynier C, Nippert I, Schmidtke J, Tibbn A, van Asperen CJ, Schlegelberger B. Genetic testing for familial/hereditary breast cancer – comparison of guidelines and recommendations from the UK, France, the Netherlands and Germany. J Community Genet 2011; 2:53-69. Doi:10.1007/s12687-011-0042-4.

5. Greenup R, Buchanan A, Lorizio W, et al. Prevalence of BRCA mutations among women with triple-negative breast cancer (TNBC) in a genetic counseling cohort. Ann Surg Oncol 2013;20:3254–3258.

6. Leegte B, van der Hout AH, Deffenbaugh AM, Bakker MK, Mulder IM, ten Berge A, Leenders EP, Wesseling J, de Hullu J, Hoogerbrugge N, Ligtenberg MJ, Ardern-Jones A, Bancroft E, Salmon A, Barwell J, Eeles R, Oosterwijk JC. Phenotypic expression of

double heterozygosity for BRCA1 and BRCA2 germline mutations. J Med Genet. 2005 42(3):e20.

7. Liede A, Karlan BY, Narod SA. Cancer risks for male carriers of germline mutations in BRCA1 or BRCA2: a review of the literature. J Clin Oncol 2004;22:735–742.

8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org

9. Acessado em: 15 de fevereiro de 2015.

10. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. NICE Guideline CG 164. June 2013. Disponível em URL: http://www.nice.org.uk/ guidance/cg164. Acessado em 14 de fevereiro de 2015.

11. Peixoto A, Santos C, Pinto P, Pinheiro M, Rocha P, Pinto C, Bizarro S, Veiga I, Principe AS, Maia S, Castro F, Couto R, Gouveia A, Teixeira MR. The role of targeted BRCA1/BRCA2 mutation analysis in hereditary breast/ovarian cancer families of Portuguese ancestry.Clin Genet. 2014 Jun 10. doi: 10.1111/cge.12441. [Epub ahead of print].

12. Risch HA, McLaughlin JR, Cole DE, et al. Prevalence and penetrance of germline BRCA1 and BRCA2 mutations in a population series of 649 women with ovarian cancer. Am J Hum Genet 2001;68:700–710.

13. Walsh T, Casadei S, Lee MK, et al. Mutations in 12 genes for inherited ovarian, fallopian tube, and peritoneal carcinoma identified by massively parallel sequencing. Proc Natl Acad Sci USA 2011;108:18032–18037.

14. Weitzel JN, Lagos VI, Cullinane CA, Gambol PJ, Culver JO, Blazer KR, Palomares MR, Lowstuter KJ, MacDonald DJ. Limited family structure and BRCA gene mutation status in single cases of breast cancer. JAMA. 2007;297:2587-95.

15. Powell CB, Chen LM, McLennan J, Crawford B, Zaloudek C, Rabban JT, Moore DH, Ziegler J. Risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA mutation carriers: experience with a consecutive series of 111 patients using a standardized surgical-pathological protocol. Int J Gynecol Cancer. 2011 Jul;21(5):846-51.

110.8 - COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA

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

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

Grupo I (Sinais maiores):

a. Angiofibromas (três ou mais) ou placas fibróticas cefálicas (face ou couro cabeludo);

b. Fibromas ungueais (dois ou mais);

c. Manchas hipomelanóticas (três ou mais; ≥ 5 mm de diâmetro);

d. Nevo de tecido conjuntivo (Shagreen patch );

e. Múltiplos hamartomas nodulares de retina;

f. Displasia cortical, incluindo tuberosidades e linhas de migração radial na substância branca cerebral;

g. Nódulo subependimário;

h. Astrocitoma subependimário de células gigantes;

i. Rabdomioma cardíaco;

j. Linfangiomiomatose;

k. Angiomiolipoma renal.

Grupo II (Sinais menores):

a. Múltiplas fossetas espalhadas no esmalte dentário(três ou mais);

b. Fibromas intraorais (2 ou mais);

c. Hamartoma não renal;

d. Mancha acrômica na retina;

e. Lesões de pele em "confete";

f. Cistos renais múltiplos.

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

2. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético 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.

Referências Bibliográficas:

1. Northrup H, Koenig MK, Au KS. Tuberous Sclerosis Complex. 1999 Jul 13 [Updated 2011 Nov 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/

2. Gene Review GeneReviews® - NCBI Bookshelf http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/

3. HADDAD, Luciana A.; ROSEMBERG, Sérgio. Call for awareness of the updated diagnostic criteria and clinical management for patients with tuberous sclerosis complex. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 60, n. 2, p. 94-96, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

42302014000200094&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.002.

110.9 - DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA

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

a. níveis plasmáticos diminuídos de Alfa-1 Antitripsina;

b. presença de inclusões intra-hepáticas positivas para ácido periódico-schiff (PAS);

c. presença de enfisema localizado em lobos inferiores em radiografia ou tomografia de tórax em pacientes com menos de 45 anos.

Método de análise:

1. Pesquisa das variantes S e Z por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em gel de agarose ou por eletroforese capilar do gene SERPINA1.

110.10 - DISPLASIA CAMPOMÉLICA

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

a. alterações nos achados clínicos e radiológicos sugestivos (macrocrania com fronte ampla e/ou arqueamento do fêmur ou tíbia e/ou hipoplasia de escápula e/ou hipoplasia de púbis e/ou asas ilíacas estreitas e verticalizadas e/ ou deformidades de mãos e pés e/ou 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.

Referências Bibliográficas:

1. Saft C, Leavitt BR, Epplen JT. Clinical utility gene card for: Huntington's disease European Journal of Human Genetics (2014) 22, doi:10.1038/ejhg.2013.206; published online 9 October 2013

2. Warby SC, Graham RK, Hayden MR. Huntington Disease. 1998 Oct 23 [updated 2014 Dec 11]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Bird TD, Dolan CR, Fong CT, Smith RJH, Stephens K, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2014. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1305/

110.14 - DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA 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.

Referências Bibliográficas:

1. OMIM: http://omim.org/entry/120140

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

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

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos que apresentem características sugestivas de síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) tipo IV, sem deformidades esqueléticas quando preenchido 1 (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.

Referências Bibliográficas:

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

110.16 - 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

Referências


1. Sari, I., M. Birlik, and T. Kasifoglu. 2014. Familial Mediterranean fever: An updated review.European Journal of Rheumatology 1(1): 21–33.
2. Shohat M, Halpern GJ. Familial Mediterranean Fever. 2000 Aug 8 [Updated 2014 Jun 19]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors.
3. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle;1993-2016. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1227/


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.

Referências Bibliográficas:

1. Moskowitz SM, MD Chmiel JF, , Sternen DL, , Cheng E, , Cutting GR,. CFTR-Related Disorders Includes: Congenital Absence of the Vas Deferens, Cystic Fibrosis. Thorax. 2006 Jul; 61(7): 627–635.
2. De Boeck K, Wilschanski M, Castellani C, Taylor C, Cuppens H, Dodge J, Sinaasappel M.Can Fam Physician. 2012 Dec; 58(12): 1341–1345.
3. Schram CA. Atypical cystic fibrosis -Identification in the primary care setting. Eur J Hum Genet. 2009 Jan;17(1):51-65.
4. Dequeker E1, Stuhrmann M, Morris MA, Casals T, Castellani C, Claustres M, Cuppens H, des Georges M, Ferec C, Macek M, Pignatti PF, Scheffer H, Schwartz M, Witt M, Schwarz M, Girodon E. Best practice guidelines for molecular genetic diagnosis of cystic fibrosis and CFTR-related disorders--updated European recommendations. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012 December; 2(12

5. Ferec C, Cutting GR. Consensus on the use and interpretation of cystic fibrosis mutation analysis in clinical practice J Cyst Fibros. 2008 May; 7(3): 179–196.

6. Castellani HC, Cuppens MM, Cassiman JJr, Kerem E, Durie P, Tullis E, Assael BM, Bombieri C, Brown A, Casals T, Claustres M, Cutting GR, Dequeker E, J. Dodge, Doull I, Farrell P, Ferec C, Girodon E, Johannesson M, Kerem B, Knowles M, Munck A, Pignatti PF, Radojkovic D, Rizzotti P, Schwarz M, Stuhrmann M, Tzetis M, Zielenski J, Elborn JS Genet Med. 2008 December; 10(12): 851–868.

7. Moskowitz SM, Chmiel JF,. Sternen DL, Cheng E, Gibson RL, Marshall SG, Garry R. Cutting GR. Clinical practice and genetic counseling for cystic fibrosis and CFTR-related disorders Expert Rev Mol Diagn. 2014 Jun;14(5):605-22 http://www.uptodate.com/contents/cystic-fibrosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?topicKey=PEDS%2F6367&elapsedTimeMs=0&view=print&displayedView=full (acesso em 09/03/2015)

8. Grosu DS, Hague L, Chelliserry M, Kruglyak KM, Lenta R, Klotzle B, San J, Goldstein WM, Moturi S, Devers P, Woolworth J, Peters E, Elashoff B, Stoerker J, Wolff DJ, Friedman KJ, Highsmith WE, Lin E, Ong FS. Clinical investigational studies for validation of a next-generation sequencing in vitro diagnostic device for cystic fibrosis testing.

110.19 - 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.

Referências Bibliográficas:

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

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 5'UTR do gene IFITM5, apenas nos casos em que houver calcificação da membrana interóssea do antebraço ou perna, deslocamento da cabeça do rádio ou calo ósseo hiperplásico.

2. Realizar Sequenciamento de Nova Geração envolvendo os genes COL1A1, COL1A2, CRTAP, LEPR1 e PPIB.

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

I- Sequenciamento por Sanger do gene COL1A1.

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

110.26 - 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.

Referências sobre painel de genes.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian Version 2.2016. Disponível em: www.NCCN.org

Norquist BM, Harrell MI, Brady MF, Walsh T, Lee MK, Gulsuner S, Bernards SS, Casadei S, Yi Q, Burger RA, Chan JK, Davidson SA, Mannel RS, DiSilvestro PA, Lankes HA, Ramirez NC, King MC, Swisher EM, Birrer MJ. Inherited Mutations in Women With Ovarian Carcinoma. JAMA Oncol. 2016 Apr;2(4):482-90.

LaDuca H, Stuenkel AJ, Dolinsky JS, Keiles S, Tandy S, Pesaran T, Chen E, Gau CL, Palmaer E, Shoaepour K, Shah D, Speare V, Gandomi S, Chao E. Utilization of multigene panels in hereditary cancer predisposition testing: analysis of more than 2,000 patients. Genet Med. 2014 Nov;16(11):830-7. doi: 10.1038/gim.2014.40. Epub 2014 Apr 24.

Toss A, Tomasello C, Razzaboni E, Contu G, Grandi G, Cagnacci A, Schilder RJ, Cortesi L. Hereditary ovarian cancer: not only BRCA 1 and 2 genes. Biomed Res Int. 2015;2015:341723.

Walsh T, Casadei S, Lee MK, Pennil CC, Nord AS, Thornton AM, Roeb W, Agnew KJ, Stray SM, Wickramanayake A, Norquist B, Pennington KP, Garcia RL, King MC, Swisher EM. Mutations in 12 genes for inherited ovarian, fallopian tube, and peritoneal carcinoma identified by massively parallel sequencing. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011 Nov 1;108(44):18032-7.

Melchor L, Benítez J. The complex genetic landscape of familial breast cancer. Hum Genet. 2013 Aug;132(8):845-63.

Yurgelun MB, Allen B, Kaldate RR, Bowles KR, Judkins T, Kaushik P, Roa BB, Wenstrup RJ, Hartman AR, Syngal S. Identification of a Variety of Mutations in Cancer

Predisposition Genes in Patients With Suspected Lynch Syndrome. Gastroenterology 2015 Sep; 149(3): 604-13.e20.

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.

Referência Bibliográfica:
GeneReviews: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1117/

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 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 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 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.

Referências Bibliográficas:

1. Euhus DM, Robinson L. Genetic predisposition syndromes and their management. Surg Clin North Am. 2013; 93(2):341-62. doi: 10.1016/j.suc.2013.01.005. Epub 2013 Feb 11.

2. Hampel H, Bennett RL, Buchanan A, Pearlman R, Wiesner GL. A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. Genet Med. 2015 Jan;17(1):70-87. doi: 10.1038/gim.2014.147. Epub 2014 Nov 13.

3. Jelsig AM1, Qvist N, Brusgaard K, Nielsen CB, Hansen TP, Ousager LB. Hamartomatous polyposis syndromes: a review. Orphanet J Rare Dis. 2014 Jul 15;9:101. doi: 10.1186/1750-1172-9-101.

4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org . Acessado em: 15 de fevereiro de 2015.

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

110.31 - 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.

Referências Bibliográficas:

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

110.34 - 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 ≥ 2 em pacientes acima de 20 anos ou Z ≥ 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 ≥ 7 indica envolvimento sistêmico; SS/SI = razão do segmento superior/segmento inferior.

2. Cobertura obrigatória para indivíduos assintomáticos em risco de herdarem a mutação e de desenvolverem a Síndrome Marfan que apresentem familiares de 1º, 2º ou 3º graus confirmados por análise molecular.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

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

2. Pesquisa de mutação no gene FBN1 por Sequenciamento de Nova Geração

3. Se não for possível realizar o Sequenciamento de Nova Geração, realizar o Sequenciamento bidirecional por Sanger

4. Nos casos em que o diagnóstico não for estabelecido através do item anterior, realizar MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para o gene FBN1.

Referências Bibliográficas:

1. Escore sistêmico: http://www.marfan.org/dx/score. Acessado em 19 de março de 2015

2. Arslan-Kirchner M, Arbustini E, Boileau C, Child A, Collod-Beroud G, De Paepe A, Epplen J, Jondeau G, Loeys B, Faivre L. Clinical utility gene card for: Marfan syndrome type 1 and related phenotypes [FBN1]. Eur J Hum Genet. 2010 Sep;18(9). doi: 10.1038/ejhg.2010.42. Epub 2010 Apr 7.

110.35 - 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.

Referências Bibliográficas:

1. Neul JL, Kaufmann WE, Glaze DG, Christodoulou J, Clarke AJ, Bahi-Buisson N, Leonard H, Bailey ME, Schanen NC, Zappella M, Renieri A, Huppke P, Percy AK. Rett syndrome: revised diagnostic criteria and nomenclature. Ann Neurol. 2010;68:944–50. [PMC free article] [PubMed]. Acesso em 31 de março de 2015

2. Northrup H, Koenig MK, Au KS. Tuberous Sclerosis Complex. 1999 Jul 13 [Updated 2011 Nov 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015. Available from:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1220/.

3. Orphanet http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=778. Acesso em 31 de março de 2015

110.37 - 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.

Referências Bibliográficas:

1. Fitzgerald RC, Hardwick R, Huntsman D, Carneiro F, Guilford P, Blair V, Chung DC, Norton J, Ragunath K, Van Krieken JH, Dwerryhouse S, Caldas C; International Gastric Cancer Linkage Consortium. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. J Med Genet. 2010 Jul;47(7):436-44.

2. Oliveira C, Pinheiro H, Figueiredo J, Seruca R, Carneiro F. Familial gastric cancer: genetic susceptibility, pathology, and implications for management. Lancet Oncol. 2015 Feb;16(2):e60-e70.

110.39 - 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.

Referências Bibliográficas:

1. Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar – versão preliminar / organizado por Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Primeiras_Diretrizes_Clinicas.pdf
2. Clinical Utility Gene Card: European Journal of Human Genetics. http://www.nature.com/ejhg/archive/categ_ genecard_012013.html
3. GeneReviews™. Pagon RA, Adam MP, Bird TD, et al., editors. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2013. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116/
4. OMIM® Online Mendelian Inheritance in Man® An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders Updated 6 December 2013. http://www.omim.org/
5. Aoki et al. Gain-of-function mutations in RIT1 cause Noonan syndrome, a RAS/MAPK pathway síndrome. Am J Hum Genet. 2013 Jul 11;93(1):173-80.

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.

Referências:

1 - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Version 2.2015. Disponível em: www.NCCN.org

2 – Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello JM, Hampel HL, Burt RW. ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes. Am J Gastroenterol 2015; 110:223–262.

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.

Referências:

1 - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Version 2.2015. Disponível em: www.NCCN.org

2 – Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello JM, Hampel HL, Burt RW. ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes. Am J Gastroenterol 2015; 110:223–262.

3 – Hampel H, Bennett RL, Buchanan A, Pearlman R, Wiesner GL, et al. A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. Genetics in Medicine, advance online publication 13 November 2014.

4 - Howe J, Sayed M, Ahmed A, Ringold J, Larsen-Haidle J, Merg A, Mitros F, Vaccaro C, Petersen G, Giardiello F, Tinley S, Aaltonen L, Lynch H. The prevalence of MADH4 and BMPR1A mutations in juvenile polyposis and absence of BMPR2, BMPR1B and ACVR1 mutations. J Med Genet. 2004 Jul; 41(7): 484–491.

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.

Referências:

1- Dimaras H, Kimani H, Dimba EAO, Gronsdahl P, White A, Chan HSL, Gallie BL. Retinoblastoma. Lancet 2012; 379: 1436–46.

2- Lohmann D, Scheffer H, Gaille B. Best Practice Guidelines for Molecular Analysis of Retinoblastoma. EMQN 2002. Disponivel em: http://www.emqn.org/emqn/digitalAssets/0/239_RB.pdf

3- Devarajan B, Prakash L, Kannan TR, Abraham AA, Kim U, Muthukkaruppan V, Vanniarajan A. Targeted next generation sequencing of RB1 gene for the molecular diagnosis of Retinoblastoma. BMC Cancer. 2015 Apr 28;15:320.

4- Lohmann DR, Gallie BL. Retinoblastoma. 2000. Jul 18 [Updatec 2015 Nov 19]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. Genereviews [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2016. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/br/books/NBK1452/

5- Jones, Kenneth Lyons, and David W. Smith. 1997. Smith's recognizable patterns of human malformation. Philadelphia: Saunders.

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.

Referências Bibliográficas:

1 - Gene Review GeneReviews® - NCBI Bookshelf http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1463/

2 - Binderup ML, Bisgaard ML, Harbud V, Møller HU, Gimsing S, Friis-Hansen L, Hansen Tv, Bagi P, Knigge U, Kosteljanetz M, Bøgeskov L, Thomsen C, Gerdes AM, Ousager LB, Sunde L; Danish vHL Coordination Group. Von Hippel-Lindau disease (vHL). National clinical guideline for diagnosis and surveillance in Denmark. 3rd edition. Dan Med J. 2013 Dec;60(12):B4763.

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 pós-axial;
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.

Referências Bibliográficas:
1. Hematol Oncol Clin North Am. 2010 October ; 24(5): 885–906. doi:10.1016/j.hoc.2010.06.003
2. Lindor NM, Greene MH. The concise family handbook of family cancer syndromes. J Natl Cancer Inst. 2008;38:01–093.
3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1151/ acesso junho/2016

## 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.

Referências:

1. Fanconi Anemia: Guidelines for Diagnosis and Management. Fourth Edition • 2014 (www.fanconi.org)

2. Anemia de Fanconi. Especificações Técnicas. Rede Nacional de Câncer Familial. Manual Operacional. INCA. 22: 164-165, 2009. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer; http://www.inca.gov.br)

3. Sindromes de instabilidade cromossômica: anemia de Fanconi. Em: Citogenética Humana/Sharbel Weidner Maluf, Mariluce Riegel e colaboradores. - Porto Alegre: Artmed 2011.pp:151-161

4. SnapShot: Fanconi Anemia and Associated Proteins. Anderson T. Wang & Agata Smogorzewska doi.org/10.1016/j.cell.2014.12.031

5. Molecular analysis of Fanconi Anemia: the experience of the bone marrow failure study group of the Italian Association of Pediatric onco-hematology. Daniela De Rocco e cols. Haematologica 2014; 99(6):1022-1031.

## 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:

a. 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

Referências:

Jones MA, Rhodenizer D, da Silva C, Huff IJ, Keong L, Bean LJ, Coffee B, Collins C, Tanner AK, He M, Hegde MR. Molecular diagnostic testing for congenital disorders of glycosylation (CDG): detection rate for single gene testing and next generation sequencing panel testing. Mol Genet Metab. 2013 Sep-Oct;110(1-2):78-85. doi: 10.1016

Wolfe LA, Krasnewich D. Congenital disorders of glycosylation and intellectual disability. Dev Disabil Res Rev. 2013;17(3):211-25. doi: 10.1002/ddrr.1115.

GeneReviews Susan E Sparks, MD, PhD and Donna M Krasnewich, MD, PhD. Congenital Disorders of N-linked Glycosylation Pathway Overview. Acesso 22 de abril 2016.

## 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.

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

## 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 nº 104, relativa ao procedimento Sessão com Fonoaudiólogo.~~ (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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 nº 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 nº 105, relativa ao procedimento Sessão com Psicólogo.~~ (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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 nº 106, relativa aos procedimentos Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional e na Diretriz de Utilização nº 107, relativa ao procedimento Sessão com Terapeuta Ocupacional.~~ (Excluído pela RN nº 541/2022, a partir de 01/08/2022)

## 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;

   d. paciente com doença inflamatória imunomediada[1];

   e. paciente receptor de transplante de órgão sólido[1].

Observação:

1. Incluído pela RN nº 571/2023, a partir de 10/02/2023

## 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 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.

## 149. CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA VIA ANGULAR COM IMPLANTE DE STENT DE DRENAGEM POR TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA (Incluído pela RN 473/2021, em vigor a partir de 08/11/2021)

1. Cobertura obrigatória para o tratamento de pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto leve a moderado, que falharam ao uso de pelo menos um colírio para redução da pressão intraocular.

## 150. TESTE SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19), TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO (Incluído pela RN 478/2022, em vigor a partir de 20/01/2022)

1. Cobertura obrigatória, conforme solicitação do médico assistente, para pacientes sintomáticos, entre o 1° e o 7° dia desde o início dos sintomas, 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)

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.

b. Pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

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.

Grupo II (critérios de exclusão)

a. Contactantes assintomáticos de caso confirmado;

b. Indivíduos com ≤ 24 meses de idade;

c. Indivíduos que tenham realizado, há menos de 30 dias, RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2 cujo resultado tenha sido positivo;

d. Indivíduos cuja prescrição tenha finalidade de rastreamento da doença, retorno ao trabalho, controle de cura ou suspensão de isolamento.

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

## 151. ELASTASE PANCREÁTICA FECAL (Incluído pela RN 536/2022, em vigor a partir de 06/05/2022)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de Insuficiência Pancreática Exócrina – IPE em pacientes portadores de fibrose cística.

## 152. TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM ALIMENTOS (Incluído pela RN 536/2022, em vigor a partir de 06/05/2022)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico e/ou acompanhamento de pacientes com idade igual ou inferior a 24 meses com suspeita ou quadro confirmado de alergia à proteína do leite de vaca (APLV).

## 153. TERAPIA COM ALFACERLIPONASE PARA LIPOFUSCINOSE CEROIDE NEURONAL TIPO 2 (CLN2) (Incluído pela RN 538/2022, em vigor a partir de 22/10/2022)

1. Cobertura obrigatória para o medicamento alfacerliponase para o tratamento de pacientes com lipofuscinose ceroide neuronal tipo 2 (CLN2) / deficiência de tripeptidil-peptidase 1 (TPP1).

## 154. APLICAÇÃO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL INJETÁVEL (Incluído pela RN 538/2022, em vigor a partir de 22/10/2022)

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos medroxiprogesterona + cipionato de estradiol e algestona acetofenida + enantato de estradiol para a contracepção para mulheres em idade fértil.

## 155. RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA (Incluído pela RN 542/2022, em vigor a partir de 01/09/2022)

1. Cobertura obrigatória para o tratamento do carcinoma hepatocelular em estágio intermediário ou avançado, irressecável e sem doença extra-hepática para os quais a quimioembolização é inadequada, com ou sem trombose/envolvimento da veia porta.

## 156. BRCA1 E BRCA2, PESQUISA DE MUTAÇÃO SOMÁTICA (Incluído pela RN 542/2022, em vigor a partir de 01/09/2022)

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

## 157. TESTE PARA DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (MPXV) POR BIOLOGIA MOLECULAR (Incluído pela RN 544/2022, em vigor a partir de 21/09/2022)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de caso suspeito de infecção pelo vírus Monkeypox (MPXV), conforme definição de caso estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Definição de caso suspeito, conforme Ministério da Saúde: Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva* de Monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

*lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Observação: Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Monkeypox ainda está em processo de consolidação, à medida em que novas evidências forem disponibilizadas, a tecnologia e sua diretriz poderão ser revistas a qualquer tempo, seja por iniciativa da ANS ou por orientação do Ministério da Saúde.

## 158. TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022)

| SUBSTÂNCIA | INDICAÇÃO |
|---|---|
| Anfotericina B lipossomal | Tratamento da mucormicose rino-órbito-cerebral. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022) |
| Anidulafungina | Tratamento de pacientes com candidemia e outras formas de candidíase invasiva. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022) |
| Isavuconazol | Tratamento da fase de consolidação em pacientes com mucormicose. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022) |
| Voriconazol | Tratamento de pacientes com aspergilose invasiva. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022) |
| Alfaepoetina | Tratamento em primeira linha de pacientes adultos com Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco com anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L) e antes da dependência transfusional estabelecida. (Incluído pela RN 575/2023, em vigor a partir de 10/03/2022) |
| Carboximaltose férrica | Tratamento de pacientes adultos com anemia por deficiência de ferro e intolerância ou contraindicação aos sais orais de ferro. (Incluído pela RN 581/2023, em vigor a partir de 12/07/2022) |

## 159. TERAPIA AVANÇADA PARA O TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL

(Incluído pela RN 571/2023, em vigor a partir de 10/02/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Onasemnogeno abeparvoveque para o tratamento de pacientes pediátricos com até 6 meses de idade com AME tipo I que estejam fora de ventilação mecânica invasiva acima de 16 horas por dia.

## 160. TESTE DE DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA, HRD (Incluído pela RN 577/2023, em vigor a partir de 09/05/2023)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula ou a diretriz de utilização determine a análise de deficiência de recombinação homóloga para o início do tratamento.

## 161. TERAPIA COM ALFAGALSIDASE PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (Incluído pela RN 581/2023, em vigor a partir de 12/07/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Alfagalsidase para o tratamento da doença de Fabry clássica em pacientes com sete anos de idade ou mais.

## 162. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL DE 5 DIAS - MAPA 5 DIAS (MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MRPA) (Incluído pela RN 581/2023, em vigor a partir de 12/07/2023)

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

a. suspeita de hipertensão do avental branco;

b. avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo e suspeita de hipertensão mascarada;

c. avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva;

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

e. quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência, ou progressão de lesão de órgãos–alvos.