

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

ANEXO I

(RN 465/2021
e suas alterações)



APRESENTAÇÃO

O Rol de procedimentos e eventos em saúde é uma lista de consultas, exames, cirurgias e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - Ambulatorial (AMB), hospitalar com ou sem obstetrícia (HCO / HSO), referência (REF) ou odontológico (OD).

Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos novos. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

O Rol de procedimentos e eventos em saúde é instituído pela [Resolução Normativa nº 465/2021](#), e suas atualizações, que definem as regras gerais de cobertura e que possui, em seus anexos, dentre eles:

- A lista de consultas, exames e tratamentos de cobertura obrigatória, apresentadas neste documento, incluindo a sinalização dos procedimentos de alto custo/alta complexidade - PAC (Anexo I);
- As diretrizes de utilização - DUT (Anexo II) que definem, para alguns dos itens listados no Anexo I, os critérios para que aquele procedimento seja de cobertura obrigatória.

É possível verificar a cobertura do seu plano através das ferramentas disponibilizadas pela ANS bem como acompanhar o trâmite das propostas de atualização do Rol.

[Mais informações sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#)

[Consulte se o procedimento faz parte da cobertura assistencial obrigatória](#)

O Rol é periodicamente atualizado a fim de ampliar a cobertura dos planos de saúde, uma vez que novas tecnologias são continuamente incorporadas à prática assistencial.

O processo de atualização do Rol, conduzido pela ANS, conta com ampla participação social e análise técnica criteriosa. As ferramentas da metodologia denominada Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS permitem verificar os benefícios da tecnologia para os

Rito processual

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é um processo contínuo, que pode ser iniciado das seguintes formas:

- Por solicitação do público externo via formulário eletrônico (FormRol);
- Por demanda interna da própria ANS; ou
- Em razão de decisão de incorporação de tecnologia em saúde no SUS, proferida pelo Ministério da Saúde, em virtude de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec.

Para mais detalhes sobre o processo de atualização do Rol e da metodologia adotada na Avaliação de Tecnologias em Saúde, bem como as etapas e participantes do fluxo de revisão das coberturas, acesse abaixo os Métodos Gerais de Atualização do Rol de Procedimentos e

[Métodos Gerais de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#)

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

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

Sumário de normas que atualizaram o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:

[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](#)
[RN nº 592/2023, vigente a partir de 18/12/2023](#)
[RN nº 599/2024, vigente a partir de 05/03/2024](#)
[RN nº 600/2024, vigente a partir de 01/04/2024](#)
[RN nº 603/2024, vigente a partir de 02/05/2024](#)

[RN nº 604/2024, vigente a partir de 07/05/2024](#)
[RN nº 606/2024, vigente a partir de 21/06/2024](#)
[RN nº 607/2024, vigente a partir de 01/07/2024](#)
[RN nº 610/2024, vigente a partir de 01/08/2024](#)
[RN nº 619/2024, vigente a partir de 02/01/2025](#)
[RN nº 624/2024, vigente a partir de 03/02/2025](#)
[RN nº 625/2024, vigente a partir de 23/12/2024](#)
[RN nº 627/2024, vigente a partir de 17/02/2025](#)
[RN nº 643/2025, vigente a partir de 01/09/2025](#)
[RN nº 647/2025, vigente a partir de 03/11/2025](#)
[RN nº 652/2025, vigente a partir de 01/12/2025](#)
[RN nº 654/2025, vigente a partir de 01/04/2026](#)
[RN nº 668/2026, vigente a partir de 04/05/2026](#)
[RN nº 671/2026, vigente a partir de 01/07/2026](#)
[RN nº 678/2026, vigente a partir de 01/09/2026](#)



Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

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



PROCEDIMENTO	RN (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			109			HCO	HSO	REF		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)			86	OD						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)			135		AMB	HCO		REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			103		AMB			REF		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 - PRUT)					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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			64 (atualizada RN674/2026)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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	152		AMB	HCO	HSO	REF		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)			54		AMB			REF	PAC	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			56		AMB			REF		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 UTILIZAÇÃO	581/2023	12/07/2023	162		AMB			REF		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			67		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
REABILITACAO E REEDUCACAO DE SEQÜELAS EM TRAUMATISMOS E POLITRAUMATIZADOS					AMB	HCO	HSO	REF		REABILITAÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
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)			79	OD						TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
APLICAÇÃO DE HIPOSENSIBILIZANTE					AMB	HCO	HSO	REF		TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			80	OD						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO				OD						TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
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)			24		AMB	HCO	HSO	REF		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)			58			HCO	HSO	REF	PAC	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			96	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA				OD						TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
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	159			HCO	HSO	REF	PAC	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
TERAPIA PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	581/2023 599/2024	12/07/2023 05/03/2024	161 (atualizada RN629/2025)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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	153			HCO	HSO	REF	PAC	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			65 (atualizada RN670/2026)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	TERAPÊUTICA	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	465/2021 624/2024	01/04/2021 03/02/2025	124 (atualizada RN672/2026)		AMB	HCO	HSO	REF		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 (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	592/2023	18/12/2023	163		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	158 (atualizada RN662/2026)		AMB	HCO	HSO	REF		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)			148		AMB	HCO	HSO	REF		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	154		AMB			REF		PROCEDIMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	619/2024	02/01/2025	170 (altualizada RN675/2026)		AMB			REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			18			HCO	HSO	REF		PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
DESRIDAMENTO CIRÚRGICO					AMB	HCO	HSO	REF		PROCEDIMENTOS	PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, MUCOSAS E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
DESRIDAMENTO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			51		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			148		AMB	HCO	HSO	REF		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)			83	OD	AMB	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			78	OD						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			81	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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			90	OD						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			89	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			92	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			93	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			94	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			95	OD						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			98	OD	AMB	HCO	HSO	REF		BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			98	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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)			99	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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)			99	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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)			100	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			101	OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
ULECTOMIA				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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
ULOTOMIA				OD						BOCA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			84	OD	AMB	HCO	HSO	REF		LÍNGUA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
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)			82	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
CONFEÇÃO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			144			HCO	HSO	REF		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)			97	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			85	OD	AMB	HCO	HSO	REF		MANDÍBULA E MAXILA	CABEÇA E PESCOÇO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			87	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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)			88	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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)			88	OD	AMB	HCO	HSO	REF		MANDÍBULA E MAXILA	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			91	OD	AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 ESWAZIAMENTO 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 ESWAZIAMENTO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 OSTEOMIELTE 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)			15		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 REFRACTIVA - PRK OU LASIK (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			13		AMB	HCO	HSO	REF		CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			121		AMB	HCO	HSO	REF		CÓRNEA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			34		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			74		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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	149			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			46		AMB	HCO	HSO	REF		RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
MAPEAMENTO DE RETINA (FUNDOSCOPIA)					AMB	HCO	HSO	REF		RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
PANCIOTERAPIA PERIFÉRICA						HCO	HSO	REF		RETINA	OLHOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
PANTOFOTOCOAGULAÇÃO Á LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			59		AMB	HCO	HSO	REF		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)			66		AMB	HCO	HSO	REF		RETINA	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			44			HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			33			HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 ENDOSCÓPICA						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 PLEUROSOTOMIA						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 RAIOS X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			Z		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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, ENCURTAMENTO DO CUBITAL E						HCO	HSO	REF		ARTROSCOPIA	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TRATAMENTO CIRÚRGICO - ENCURTAMENTO COM OU SEM OSTEOSINTESE						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
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)			133			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 INTRADURAI						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA RAQUIMEDULAR						HCO	HSO	REF		COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELETTE						HCO	HSO	REF		COLUNA VERTEBRAL	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
OSTEOMIELEITE 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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - 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
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 METACARPÍANOS - 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 COMISSURAIIS E TENOSSINOVITES					AMB	HCO	HSO	REF		MEMBROS SUPERIORES	SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TRATAMENTO CIRÚRGICO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 OSTEOCONDRA) - 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 SINOVAL - 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
BRNCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA						HCO	HSO	REF		BRÔNQUIOS	SISTEMA RESPIRATÓRIO E MEDIASTINO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
BRNCOTOMIA 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
PLEUOSTOMIA						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
CONFEÇÃO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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			35			HCO	HSO	REF	PAC	MARCA-PASSO	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			36			HCO	HSO	REF	PAC	MARCA-PASSO	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			40			HCO	HSO	REF		MARCA-PASSO	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			41			HCO	HSO	REF		MARCA-PASSO	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			42			HCO	HSO	REF		MARCA-PASSO	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			43		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 INTRATORÁCIOS						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 CATETER DE CAMPO PULSADO PARA O TRATAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL PAROXÍSTICA	678/2026	01/09/2026				HCO	HSO	PAC		HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA						HCO	HSO	REF	PAC	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
CATERETERISMO 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
CATERETERISMO CARDÍACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINÂNICA						HCO	HSO	REF	PAC	HEMODINÂMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÊUTICOS)	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
CATERETERISMO 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
CATERETERISMO 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
CATERETERIZAÇÃO 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
FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO (PERCUTÂNEO) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	606/2024	01/07/2024	166			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)			53		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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			143			HCO	HSO	REF	PAC	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
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 E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR ESQUERDA (DAVE) POR TORACOTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	627/2025	17/02/2025	171			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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
ANASTOMOSE LINFOVENOSA						HCO	HSO	REF		CIRURGIA LINFÁTICA	SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
DOENÇA 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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			16			HCO	HSO	REF		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)			27			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			1			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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			1			HCO	HSO	REF		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)			1			HCO	HSO	REF		FÍGADO E VIAS BILIARES	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	604/2023 610/2024	07/05/2024 01/08/2024	164			HCO	HSO	REF		FÍGADO E VIAS BILIARES	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	604/2023 610/2024	07/05/2024 01/08/2024	164			HCO	HSO	REF		FÍGADO E VIAS BILIARES	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	604/2023 610/2024	07/05/2024 01/08/2024	164			HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA (DPA)	600/2024	01/04/2024			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
OMENECTOMIA						HCO	HSO	REF		PERITÔNIO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
OMENECTOMIA 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			122			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			73		AMB	HCO	HSO	REF		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
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)			48			HCO	HSO	REF		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 URETROCISTOCÓPIA)						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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
URETRECTOMIA						HCO	HSO	REF		URETRA	SISTEMA URINÁRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
URETROPLASTIA						HCO	HSO	REF		URETRA	SISTEMA URINÁRIO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
URETOSTOMIA						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
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
PROSTATECTOMIA RADICAL ASSISTIDA POR ROBÔ (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	654/2025	01/04/2026	173			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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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			12			HCO	HSO	REF		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
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
HIOSPADIA - 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			11 (atualizada RN576/2023)			HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			145			HCO		REF		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
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)			38 (atualizada RN553/2022)			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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			45			HCO	HSO	REF		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
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			72			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			17			HCO	HSO	REF		MEDULA	SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			37			HCO	HSO	REF		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			55			HCO	HSO	REF		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
BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			8		AMB	HCO	HSO	REF		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)			39			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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
NEUOTRIPSIA						HCO	HSO	REF		NERVOS PERIFÉRICOS	SISTEMA NERVOSO - CENTRAL E PERIFÉRICO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
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)			62			HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			70			HCO	HSO	REF	PAC	MEDULA ÓSSEA	TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			71			HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			68		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR CONDICIONADA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINAÇÃO/INTELIGIBILIDADE (LOGOAUDIOMETRIA)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			5		AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			5		AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EEG INTRA-OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA NÃO NEUROLÓGICA (EEG/IO)						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / 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	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRCOCLEOGRAFIA (ECHOCHG)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA (ECOG)						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDAÇÃO, EEG PROLONGADO						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / 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	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETROGLOTOGRAFIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO COM OU SEM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRO-OCULOGRAFIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ELETRO-RETINOGRAFIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMG PARA MONITORAÇÃO DE QUIMODENERVAÇÃO					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA ÚNICA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ESPECTROGRAFIA VOCAL					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
GUSTOMETRIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
IMPEDANCIOMETRIA (MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
MÉTODO DE PROETZ					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
OSCILOMETRIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (TRANSIENTES OU PRODUTO DE DISTORÇÃO) - TESTE DA ORELHINHA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PESQUISA DE POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PESQUISA DO FENÔMENO DE TULLIO					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POLIGRAFIA DE RECÉM-NASCIDO (PG/RN)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / 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	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTÁVEL - PEAE (STEADY STATE)						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MÉDIA LATÊNCIA (PEA-ML)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO GÊNITO-CORTICAL (PEGC)						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO P300					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (PESS)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO PARA LOCALIZAÇÃO FUNCIONAL DA ÁREA CENTRAL						HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (PEV)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PROVAS DE FUNÇÃO TUBÁRIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RINOMANOMETRIA					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TESTE DE LATÊNCIAS MÚLTIPLAS DE SONO (TLMS)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍDEO-ELETROENCEFALOGRAFIA CONTÍNUA NÃO INVASIVA (VÍDEO EEG/NT)					AMB	HCO	HSO	REF		SISTEMA NERVOSO	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
AValiação muscular por dinamometria computadorizada (isocinética)					AMB	HCO	HSO	REF		EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
CURVA I/T - MEDIDA DE LATÊNCIA DE NERVO PERIFÉRICO					AMB	HCO	HSO	REF		EXAMES ÓSTEO - MÚSCULO - ARTICULARES	ELETRFISIOLOGICOS / 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	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DETERMINAÇÃO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA OU POR DILUIÇÃO DE GASES					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR OSCILOMETRIA					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / MECÂNICOS E FUNCIONAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA					AMB	HCO	HSO	REF		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ELETRFISIOLOGICOS / 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLAGEM DE FÍSTULA POR VIA ENDOSCÓPICA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLOCAÇÃO DE CÂNULA SOB ORIENTAÇÃO ENDOSCÓPICA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔNQUICA						HCO	HSO	REF	PAC	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCÓPICA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU BRÔNQUICA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA COM OU SEM DILATAÇÃO SEGMENTAR OU ESTENOSTOMIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DESCOMPRESSÃO COLÔNICA POR COLONOSCOPIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA COM LASER OU ELETROCAUTÉRIO						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA POR BRONCOASPIRAÇÃO						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRÔNQUICA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÓFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DILATAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DIVERTICULOTOMIA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
DRENAGEM CAVITÁRIA POR LAPAROSCOPIA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
ECOBRONCOSCOPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	607/2024	21/06/2024	165			HCO	HSO	REF	PAC	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
ECOENDOSCOPIA (ULTRASSOM ENDOSCÓPICO) COM OU SEM PUNÇÃO POR AGULHA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			141		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E BIÓPSIA (TUBO RÍGIDO OU FLEXÍVEL)					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBAÇÃO ORO OU NASOTRAQUEAL					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
MUCOSECTOMIA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREÁTICA COM OU SEM COLOCAÇÃO DE PROTESE OU DRENO						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA (PARA RETIRADA DE CÁLCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
POLIPLECTOMIA DE CÓLON					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
POLIPLECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA OU POLIPO POR BRONCOSCOPIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO QUALQUER LOCALIZAÇÃO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM OU SEM POLIPLECTOMIA E/OU MUCOSECTOMIA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESÔFAGO E ESTÔMAGO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI (TESTE DE HEALD)					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HEMOPTISE						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
URETEROSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDO						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS
URETROTOMIA ENDOSCÓPICA						HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIÓNISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
VÍDEO-ENDOSCOPIA DO ESFÍNCTER VELO-PALATINO COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENZIONISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM ÓTICA FLEXÍVEL OU RÍGIDA					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENZIONISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENZIONISTA	ENDOSCÓPICOS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL OU RÍGIDO					AMB	HCO	HSO	REF		ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENZIONISTA	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			2 (atualizada RN573/2023)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
COLORO					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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
RAZÃO DO TESTE sFlt1/PLGF (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			139		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			22		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			26		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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)			47		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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 LIOPROTEÍNAS) - 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
PROCALCITONINA, DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			127		AMB	HCO	HSO	REF		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)			63		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			77		AMB	HCO	HSO	REF		BIOQUÍMICA (SANGUE, URINA E OUTROS MATERIAIS)	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
XIOSE, 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)			134		AMB	HCO	HSO	REF		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	151 (atualizada RN637/2025)		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			19		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
FIBRINO GÊNIO					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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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 LEUCOCITOS; 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
HEMOSEDIMENTAÇÃO, (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
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)			49		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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 HOMO VANÍLICO					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
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 - DESOXCORTISOL)					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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)			117		AMB	HCO	HSO	REF		IMUNOLOGIA	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ANTI-BETA 2 GLICOPROTEÍNA I IGM E IGG	671/2026	01/07/2026	174		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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			4		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			6		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
DETECÇÃO ANTÍGENO HISTOPLASMA (URINA)	652/2025	01/12/2025			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)			140 (atualizada RN619/2024)		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			128		AMB	HCO	HSO	REF		IMUNOLOGIA	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			130		AMB	HCO	HSO	REF		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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			132		AMB	HCO	HSO	REF		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	150		AMB	HCO	HSO	REF		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
TESTE DE FLUXO LATERAL PARA DETECÇÃO DE LIPOARABINOMANANO EM URINA (LF - LAM) (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	619/2024	02/01/2025	167		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			112		AMB	HCO	HSO	REF		IMUNOLOGIA	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍRUS ZIKA - IGG (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			113		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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
ESTREPTOCOCCO 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
METANEFIRINAS 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
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 BENGE JONES, QUANTITATIVA (CADEIAS LEVES LIVRES, KAPPA E LAMBDA, URINA)					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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
AGENTES INFECCIOSOS NA ENCEFALITE E MENINGITE - DETECÇÃO POR PCR MULTIPLEX EM PAINEL NO LÍQUOR	627/2025	17/02/2025			AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	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
CITOMEGALOVÍRUS - QUALITATIVO, POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			14		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			120		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			28		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
HEPATITE C - GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			29		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			31		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
HLA B27, FENOTIPAGEM/GENOTIPAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	465/2021 625/2024	01/04/2021 23/12/2024	32 (atualizada RN607/2024)		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			129		AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			131		AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
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)			126		AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 1ª LINHA) (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	619/2024	02/01/2025	168		AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 2ª LINHA) (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	619/2024	02/01/2025	169		AMB	HCO	HSO	REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TESTE PARA DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (MPXV) POR BIOLOGIA MOLECULAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	544/2022	21/09/2022	157		AMB	HCO	HSO	REF		BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			125		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
VÍRUS ZIKA - POR PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			111		AMB	HCO	HSO	REF		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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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			110		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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)			114		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ANÁLISE MOLECULAR DE DNA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			110		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
BRCA1 e BRCA2, PESQUISA DE MUTAÇÃO SOMÁTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	542/2022	01/09/2022	156		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			9		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
CROMOSSOMO PHILADELPHIA, DOSAGEM	668/2026	04/05/2026			AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			21		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			25		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			30		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO			110		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
K-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			50		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			57		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
NTRK – PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	652/2025	01/12/2025	172		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			61		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
FLT3 - PESQUISA DE MUTAÇÕES (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			142		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	GENÉTICA MOLECULAR	GENÉTICA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TESTE DE DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA, HRD (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	577/2023	09/05/2023	160		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 CELULAS 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)			146		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 IMUNOFLOURESCÊNCIA, 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)			10		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	CARDIOVASCULAR - IN VIVO	MEDICINA NUCLEAR	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			10		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	CARDIOVASCULAR - IN VIVO	MEDICINA NUCLEAR	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			10		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			118		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			60 (atualizada RN596/2024)		AMB			REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
MAMOGRAFIA DIGITAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			52		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ATERECTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
CATETERISMO ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA						HCO	HSO	REF		MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
COLOCAÇÃO DE STENT BILIAR						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
COLOCAÇÃO DE STENT RENAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELOVESICAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICIAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DISCOGRAFIA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE CISTO OU ABCESSO RENAL					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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 INTERVENZIONISTAS 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 INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO PLEURAL					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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 INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE PNEUMOTÓRAX					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DRENAGEM PERCUTÂNEA DE VIA BILIAR					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR IMAGEM					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA RENAL PARA NEFRECTOMIA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)			23			HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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 INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GÁSTRICAS						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
EMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE CISTO PANCREÁTICO						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
ESCLEROSE PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES VENOSAS						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX OU US					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTÂNEA (VERTEBROPLASTIA)						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
QUIMIOTERAPIA POR CATETER						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COM ISOLAMENTO PROTETOR						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	542/2022	01/09/2022	155			HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX, US OU TC						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
SINUSOGRAFIA (ABCESSOGRAFIA)					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS 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 INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TRATAMENTO DO VASOESPASMO						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS POR IMAGEM	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
TROMBECTOMIA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENCONISTAS 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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA						HCO	HSO	REF	PAC	MÉTODOS INTERVENZIONISTAS 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			20		AMB	HCO		REF		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)			119 (atualizada RN648/2025)		AMB	HCO	HSO	REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			76		AMB	HCO		REF		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)			75		AMB	HCO		REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			116		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			3		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			69		AMB	HCO	HSO	REF		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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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)			115		AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)					AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	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 ADULTOS COM TUMORES DO CANAL ANAL	643/2025	01/09/2025			AMB	HCO	HSO	REF	PAC	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM	RADIOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA ADULTOS COM TUMORES DO RETO	647/2025	03/11/2025			AMB	HCO	HSO	REF	PAC	RADIOTERAPIA MEGAVOLTAGEM	RADIOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS
RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) PARA NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DA PRÓSTATA	603/2024	02/05/2024			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			147			HCO	HSO	REF	PAC	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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
INSERÇÃO DA PLACA PARA BRAQUIITERAPIA 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
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
ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA 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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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

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 (atualização)	VIGÊNCIA	DUT	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
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
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)



APRESENTAÇÃO

O Rol de procedimentos e eventos em saúde é uma lista de consultas, exames, cirurgias e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde – ambulatorial (AMB), hospitalar com ou sem obstetrícia (HSO / HCO), referência (REF) ou odontológico (OD).

Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos novos. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

O Rol de procedimentos e eventos em saúde é instituído pela [Resolução Normativa nº 465/2021](#), e suas atualizações, que definem as regras gerais de cobertura e que possui, em seus anexos, dentre eles:

- A lista de consultas, exames e tratamentos de cobertura obrigatória, incluindo a sinalização dos procedimentos de alto custo/alta complexidade - PAC (Anexo I);
- As diretrizes de utilização - DUT (Anexo II) que definem, para alguns dos itens listados no Anexo I, os critérios para que aquele procedimento seja de cobertura obrigatória, que são apresentadas neste documento.

É possível verificar a cobertura do seu plano através das ferramentas disponibilizadas pela ANS bem como acompanhar o trâmite das propostas de atualização do Rol.

[Mais informações sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#)

[Consulte se o procedimento faz parte da cobertura assistencial obrigatória](#)

O Rol é periodicamente atualizado a fim de ampliar a cobertura dos planos de saúde, uma vez que novas tecnologias são continuamente incorporadas à prática assistencial.

O processo de atualização do Rol, conduzido pela ANS, conta com ampla participação social e análise técnica criteriosa. As ferramentas da metodologia denominada Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS permitem verificar os benefícios da tecnologia para os pacientes e os custos envolvidos.

Rito processual

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é um processo contínuo, que pode ser iniciado das seguintes formas:

- Por solicitação do público externo via formulário eletrônico (FormRol);
- Por demanda interna da própria ANS; ou
- Em razão de decisão de incorporação de tecnologia em saúde no SUS, proferida pelo Ministério da Saúde, em virtude de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec.

Para mais detalhes sobre o processo de atualização do Rol e da metodologia adotada na Avaliação de Tecnologias em Saúde, bem como as etapas e participantes do fluxo de revisão das coberturas, acesse abaixo os Métodos Gerais de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

[Métodos Gerais de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#)

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	10
2.	ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM	10
3.	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	11
4.	ANTICORPOS ANTI PEPTÍDEO CÍCLICO CITRULINADO - IGG (ANTI CCP).....	13
5.	AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL.....	13
6.	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE	14
7.	BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAO X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA)	14
8.	BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE	15
9.	BRAF	17
10.	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO – CORRESPONDE AOS SEGUINTE PROCEDIMENTOS: CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FARMACOLÓGICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO; CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO	17
11.	CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)	21
12.	CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)	22
13.	CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK.....	23
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.....	26
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 HLA-B27 HLA-B27 FENOTIPAGEM/GENOTIPAGEM (ALTERADO PELA RN 625/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 23/12/2024)	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	78
65.1	ARTRITE REUMATÓIDE	78
65.2	ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)	78
65.3	ESPONDILOARTRITE AXIAL RADIOGRÁFICA (ESPONDILITE ANQUILOSANTE) OU NÃO RADIOGRÁFICA	79
65.4	ARTRITE PSORIÁSICA	79
65.5	PSORÍASE	80
65.6	DOENÇA DE CROHN.....	81
65.7	COLITE/RETOCOLITE ULCERATIVA	81
65.8	HIDRADENITE SUPURATIVA	81
65.9	ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE	82
65.10	ASMA ALÉRGICA GRAVE	83
65.11	URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA	84
65.12	UVEÍTE NÃO INFECCIOSA ATIVA	85
65.13	ESCLEROSE MÚLTIPLA	85
65.14	DERMATITE ATÓPICA (INCLUÍDO PELA RN nº 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023)	89
65.15	OSTEOPOROSE (INCLUÍDO PELA RN nº 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023)	90
65.16	ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO (AEH) (INCLUÍDO PELA RN nº 586/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 02/10/2023) 91	
65.17	VASCULITE (INCLUÍDO PELA RN nº 587/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 02/10/2023)	91
65.18	HEMOFILIA A (INCLUÍDO PELA RN nº 592/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 18/12/2023)	92
65.19	HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (HPN) (INCLUÍDO PELA RN nº 604/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 07/05/2024).....	92
65.20	NEFRITE LÚPICA (INCLUÍDO PELA RN nº 612/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 02/09/2024).....	93
65.21	LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) (INCLUÍDO PELA RN nº 645/2025, EM VIGOR A PARTIR DE 03/11/2025)	93
65.22	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) (INCLUÍDO PELA RN nº 651/2025, EM VIGOR A PARTIR DE 02/03/2026).....	94
65.23	TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (INCLUÍDO PELA RN nº 670/2026, EM VIGOR A PARTIR DE 04/05/2026)	94
66.	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER.....	95
67.	TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST).....	95
68.	TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	96
69.	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	97
70.	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA	98
71.	TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA	100
72.	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA	101
73.	TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA.....	101
74.	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO	102
75.	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA.....	105
76.	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL /ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE.....	105
77.	VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM.....	105
78.	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	105
79.	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	106
80.	APLICAÇÃO DE SELANTE.....	106
81.	BIÓPSIA DE BOCA.....	106

82.	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	106
83.	BIÓPSIA DE LÁBIO	106
84.	BIÓPSIA DE LÍNGUA	107
85.	BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA	107
86.	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	107
87.	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO	107
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.....	107
89.	REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO	107
90.	COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF).....	108
91.	EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA	108
92.	REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	108
93.	REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	108
94.	REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	108
95.	REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA ..	109
96.	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM.....	109
97.	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.....	109
98.	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL.....	109
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	109
100.	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO	110
101.	TUNELIZAÇÃO	110
102.	CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA	110
103.	CONSULTA COM NUTRICIONISTA.....	110
104.	SESSÃO COM FONAUDÍLOGO.....	111
105.	SESSÃO COM PSICÓLOGO	113
106.	SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL	113
107.	SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	114
108.	SESSÃO DE PSICOTERAPIA.....	114
109.	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO	115
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.....	116
110.1	- ACONDRÓPLASIA/HIPOCONDROPLASIA	119
110.2	- ADRENOLEUCODISTROFIA	120
110.3	- AMILOIDOSE FAMILIAR (TTR)	121
110.4	- ATAXIA DE FRIEDREICH	122
110.5	- ATAXIAS ESPINOCEREBELARES (SCA)	122
110.6	- ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME.....	124
110.7	- CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS – GENE BRCA1 E BRCA2.....	126
110.8	- COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA.....	131

110.9 - DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA	134
110.10 - DISPLASIA CAMPOMÉLICA	134
110.11 - Distrofia Miotônica Tipo I e II	135
110.12 - Distrofia Muscular de Duchenne/Becker	135
110.13 - Doença de Huntington	137
110.14 - Doenças relacionadas ao colágeno do tipo 2 (COL2A1), incluindo displasia espônдио-epifisária congênita, displasia de Kniest, displasia espônдио-epi-metáfisária do tipo Strudwick, displasia platisspondílica do tipo Torrance, síndrome de Stickler tipo I 138	
110.15 - Doenças relacionadas ao colágeno do tipo 3 (COL3A1), Ehlers-Danlos tipo IV e aneurisma aórtico abdominal familiar (AAA)	139
110.16 - Doenças relacionadas ao gene FMR1 (síndrome do X frágil, síndrome de ataxia/tremor associados ao X frágil - FXTAS e falência ovariana prematura - FOP)	141
110.17 - Febre familiar do Mediterrâneo	142
110.18 - Fibrose cística e doenças relacionadas ao gene CFTR	143
110.19 - Hemocromatose	145
110.21 - Hemofilia B	146
110.22 - Mucopolissacaridose	147
110.23 - Neoplasia endócrina múltipla tipo I-MEN1	148
110.24 - Neoplasia endócrina múltipla tipo 2A- MEN2A	148
110.25 - Osteogênese imperfeita	150
110.26 - Painel de genes para câncer de mama e/ou ovário	150
110.27 - Polipose colônica	153
110.28 - Síndrome Charge	153
110.29 - Síndrome de Angelman e síndrome de Prader-Willi	154
110.30 - Síndrome de Cowden	155
110.31 - Síndrome de hipofosfatase	158
110.32 - Síndrome de Li-Fraumeni	159
110.33 - Síndrome de Lynch – câncer colorretal não poliposo hereditário (HNPCC)	161
110.34 - Síndrome de Marfan	164
110.35 - Síndrome de Noonan	166
110.36 - Síndrome de Rett	166
110.37 - Síndrome de Williams-Beuren	168
110.38 - Síndrome do câncer gástrico difuso hereditário	168
110.39 - Síndromes de anomalias cromossômicas submicroscópicas não reconhecíveis cl clinicamente (array)	170
110.40 - Síndromes de deleções submicroscópicas reconhecíveis clinicamente	171
110.41 - Transtorno do espectro autista	172
110.42 - Síndrome de Peutz-Jeghers	173
110.43 - Síndrome de polipose juvenil	174
110.44 - Retinoblastoma	176
110.45 - Síndrome de von Hippel-Lindau	177
110.46 - Síndrome de Gorlin (síndrome de carcinomas basocelulares nevóides)	179
110.47 - Anemia de Fanconi – síndrome com instabilidade cromossômica associada a aplasia medular, defeitos congênitos e câncer	180
111. VÍRUS ZIKA – POR PCR	182
112. VÍRUS ZIKA – IGM	182
113. VÍRUS ZIKA – IGG	183
114. ALK – PESQUISA DE MUTAÇÃO	184
115. ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	184
116. ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	185
117. AQUAPORINA 4 (AQP4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	185
118. CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA	185
119. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	185
120. FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DE TRANSFERRINA	186
121. RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	187
122. REFLUXO VÉSICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO	187

123.	RM - FLUXO LIQUÓRICO - COMPLEMENTAR À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.....	188
124.	TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) (ALTERADO PELA RN 624/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 03/02/2025).....	188
125.	TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LÍQUIDO AMINIÓTICO POR PCR	191
126.	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT – PCR.....	192
127.	PROCALCITONINA, DOSAGEM.....	192
128.	PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B.....	193
129.	PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B	193
130.	PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	193
131.	PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	193
132.	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG OU ANTICORPOS TOTAIS.....	193
133.	ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL	194
134.	CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL.....	195
135.	CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ.....	195
136.	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONAUDIÓLOGO	195
137.	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO	196
138.	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	196
139.	RAZÃO DO TESTE SFLT/PLGF	196
140.	ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA	196
141.	ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA	197
142.	FLT3 – PESQUISA DE MUTAÇÕES.....	197
143.	IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)	197
144.	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR	197
145.	PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	198
146.	PD-L1 – DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS.....	199
147.	RADIOTERAPIA INTRA-OPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT)	199
148.	TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA.....	199
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)	200
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)	200
OBSERVAÇÃO: AS SOLICITAÇÕES MÉDICAS QUE ATENDAM ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NA DUT DEVEM SER AUTORIZADAS DE FORMA IMEDIATA.		201
151.	ELASTASE PANCREÁTICA FECAL (INCLUÍDO PELA RN 536/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 06/05/2022).....	201
152.	TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM ALIMENTOS (INCLUÍDO PELA RN 536/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 06/05/2022)	201
153.	TERAPIA COM ALFACERLIPONASE PARA LIPOFUSCINOSE CEROIDE NEURONAL TIPO 2 (CLN2) (INCLUÍDO PELA RN 538/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 22/10/2022)	201
154.	APLICAÇÃO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL INJETÁVEL (INCLUÍDO PELA RN 538/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 22/10/2022)	201
155.	RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA (INCLUÍDO PELA RN 542/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 01/09/2022)	202

156. BRCA1 E BRCA2, PESQUISA DE MUTAÇÃO SOMÁTICA (INCLUÍDO PELA RN 542/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 01/09/2022)	202
157. TESTE PARA DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (MPXV) POR BIOLOGIA MOLECULAR (INCLUÍDO PELA RN 544/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 21/09/2022).....	202
158. TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (INCLUÍDO PELA RN 546/2022, EM VIGOR A PARTIR DE 03/10/2022)	203
159. TERAPIA AVANÇADA PARA O TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (INCLUÍDO PELA RN 571/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 10/02/2023).....	204
160. TESTE DE DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA, HRD (INCLUÍDO PELA RN 577/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 09/05/2023)	204
161. TERAPIA COM ALFAGALSIDASE PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (INCLUÍDO PELA RN 581/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 12/07/2023) TERAPIA PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA (ALTERADO PELA RN 599/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 05/03/2024)	205
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)	205
163. TERAPIA INTRAVENOSA COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO (INCLUÍDO PELA RN 592/2023, EM VIGOR A PARTIR DE 18/12/2023)	205
164. ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA PERCUTÂNEA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA / ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (INCLUÍDO PELA RN 604/2024, VIGENTE DE 07/05/2024 A 31/07/2024) ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) / ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) / ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) (ALTERADO PELA RN 610/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 01/08/2024)	207
165. ECOBRONCOSCOPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (INCLUÍDO PELA RN 607/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 21/06/2024)	208
166. FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO (PERCUTÂNEO) (INCLUÍDO PELA RN 606/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 01/07/2024)	208
167. TESTE DE FLUXO LATERAL PARA DETECÇÃO DE LIPOARABINOMANANO EM URINA (LF-LAM) (INCLUÍDO PELA RN 619/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 02/01/2025)	208
168. TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 1ª LINHA) (INCLUÍDO PELA RN 619/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 02/01/2025)	209
169. TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 2ª LINHA) (INCLUÍDO PELA RN 619/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 02/01/2025)	209
170. IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO (INCLUÍDO PELA RN 619/2024, EM VIGOR A PARTIR DE 02/01/2025)	210
171. INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR ESQUERDA (DAVE) POR TORACOTOMIA (INCLUÍDO PELA RN 627/2025, EM VIGOR A PARTIR DE 17/02/2025).....	210
172. NTRK – PESQUISA DE MUTAÇÃO (INCLUÍDO PELA RN 652/2025, EM VIGOR A PARTIR DE 01/12/2025)	210
173. PROSTATECTOMIA RADICAL ASSISTIDA POR ROBÔ (INCLUÍDO PELA RN 654/2025, EM VIGOR A PARTIR DE 01/04/2026)	211
174. ANTI-BETA 2 GLICOPROTEÍNA I – IGM E IGG (INCLUÍDO PELA RN 671/2026, EM VIGOR A PARTIR DE 01/07/2026)	211

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). [\(Incluído pela RN 575/2023, em vigor a partir de 10/03/2023\)](#)

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 cognitivos;
- b. ausência de avaliação audiológica básica prévia.

Referências Bibliográficas:

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

6. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE

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

7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAIOS 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. blefaroespasma;
- b. distonia laríngea;
- c. espasmo hemifacial;
- d. distonia cervical;
- e. distonia oromandibular;
- f. câimbra do escritor.

Grupo II

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

2. Cobertura obrigatória para portadores de espasticidade que apresentarem comprometimento funcional, ou dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculares, desde que esteja garantida a segurança do paciente (pelos seus

familiares ou cuidadores no seguimento do tratamento, monitorização dos efeitos adversos e adesão às medidas instituídas) quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

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

Grupo II

- a. hipersensibilização a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- b. perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4 (Escala de Ashworth Modificada);
- c. doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert);
- d. desenvolvimento de anticorpos contra TBA;

- e. infecção no local de aplicação;
- f. gravidez ou amamentação;
- g. uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo, aminoglicosídeos ou 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 conceito, 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 REFRACTIVA - PRK OU LASIK

1. Cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- b. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

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 comorbidades (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 osteoartrites, 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 menorrágia/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/m² a 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras) com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;
- b. IMC de 40 Kg/m² a 49,9 Kg/m², com ou sem co-morbidades; com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;
- c. IMC igual ou maior do que 50 Kg/m².

Grupo III

- a. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas;
- b. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

- d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na 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 enfuvirtida (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 HLA-B27~~ HLA-B27 FENOTIPAGEM/GENOTIPAGEM [\(alterado pela RN 625/2024, em vigor a partir de 23/12/2024\)](#)

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

- 1. Cobertura obrigatória na investigação diagnóstica de espondiloartrite axial. [\(Alterado pela RN nº 607/2024, a partir de 21/06/2024\)](#)

33. IMPLANTE COCLEAR

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

2. Em crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.
6. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos, que apresentem perda auditiva neurosensorial pós-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
- a. resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na orelha a ser implantada;
 - b. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.
7. 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.
8. 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.
9. Em pacientes com cegueira associada à surdez, independente da idade e época da instalação da surdez, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
- a. resultado de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI for igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada;
 - b. adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

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

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

34. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL

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

Grupo I

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

Grupo II

- a. ceratocone com opacidade severa da córnea;

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

35. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

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

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-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia;

- b. presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica;
- c. bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas;
- d. síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico.

2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. quando houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada;
- b. síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardio-inibitória à massagem do seio carotídeo;
- c. síncope recorrente de etiologia indefinida reproduzível por massagem do seio carotídeo.

3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. irreversível, com síncope ou pré-síncope e estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por estimulação atrial ou teste farmacológico;
- b. com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal.

4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização;
- b. tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio;

- c. com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
- d. tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM);
- e. tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível;
- f. com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível.

5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
- b. persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia;
- c. assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His;
- d. assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape;
- e. adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40 bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício;
- f. irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília;
- g. irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva;
- h. congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade;
- i. adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa;
- j. irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV.

6. Bloqueios Intraventriculares. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

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

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

- a. marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
- b. marcapasso definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas.

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

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

- a. presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia;
- b. presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica;

- c. bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas;
- d. síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico.

2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. quando houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada;
- b. síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardioinibitória à massagem do seio carotídeo;
- c. síncope recorrente de etiologia indefinida reproduzível por massagem do seio carotídeo.

3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. irreversível, com síncope ou pré-síncope e com estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por estimulação atrial ou teste farmacológico;
- b. com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal.

4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização;
- b. tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio;
- c. com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;

- d. tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM);
- e. tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível;
- f. com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível.

5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia;
- b. persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia;
- c. assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His;
- d. assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape;
- e. adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício;
- f. irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília;
- g. irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva;
- h. congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade;
- i. adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa;
- j. irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV.

6. Bloqueios Intraventriculares. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

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

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

- a. marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória);
- b. marcapasso definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas

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

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

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

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

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

43.IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com história de pelo menos 3 síncope (perda completa e transitória da consciência e do tônus postural) de origem indeterminada nos últimos 2 anos e que não preencham nenhum dos seguintes critérios:

- a. história Clínica que indique síncope de origem neuromediada ou causas metabólicas, excetuando-se a hipersensibilidade do seio carotídeo;
- b. ECG prévio que apresente achados que justifiquem a síncope;
- c. ecocardiograma que demonstre doença cardíaca estrutural.

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 $\geq 3,5$ g/dl e IMC $> 22\text{kg/m}^2$);
- d. possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária;
- e. tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II

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

49. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA

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

50. K-RAS

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

51.LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE

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

52.MAMOGRAFIA DIGITAL

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

53.MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL

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

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

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

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

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

Referência Bibliográfica:

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

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

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

Referência Bibliográfica:

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

54.3- TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

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

54.4- TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes 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 $\geq 38,30^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ por mais de 1h;
- b. neutropenia ≤ 500 neutrófilos/mcL ou < 1000 neutrófilos/mcL com probabilidade de queda até ≤ 500 neutrófilos/mcL ao longo das 48h seguintes.

Grupo II

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

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

Referência Bibliográfica:

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

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

➤ Profilaxia/Prevenção de náuseas, vômitos relacionados a agentes antineoplásicos

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

Alto Potencial Emetogênico (> 90%)	Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%)	Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%)
Esquema Adulto: 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Esquema Adulto: 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Esquema Adulto: 1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2
Esquema Pediátrico: 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico: 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico: Nenhuma recomendação devido à falta de estudos. Adotar protocolo similar ao dos adultos, sendo a dose passível de ajuste.

➤ Náuseas e vômitos antecipatórios

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

➤ Tratamento de Náuseas e vômitos

1. Cobertura obrigatória para o tratamento de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito de modo escalonado a seguir:

- a. caso a profilaxia para náuseas e vômitos não tenha sido efetiva e o paciente apresente sintomas, deve-se incluir mais uma droga ao esquema anterior, preferencialmente de uma classe diferente das já utilizadas;
- b. se permanecerem os sintomas após a inclusão de mais uma droga, ajustar as doses dos medicamentos, substituir as drogas já utilizadas ou incluir mais uma droga;
- c. se permanecerem os sintomas após o ajuste das doses, substituição das drogas ou a inclusão de mais uma droga, avaliar a utilização de terapia antiemética profilática de alto risco de emetogenicidade para o próximo ciclo.

Antiemético
Corticosteróides
Antagonistas 5HT3
Bezodiazepínico
Haloperidol
Metoclopramida
Olanzapina
Escopolamina
Fenotiazina

➤ Tratamento de resgate para náuseas e vômitos

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

Tabela de Risco Emetogênico para Antineoplásico

Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
AC, com doxorubicina ou epirubicina mais ciclofosfamida	INJETÁVEL				5
Akdesleucina (>12MUI/m ²)	INJETÁVEL			4	
Akdesleucina (=2MUI/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Alemtuzumabe	INJETÁVEL			4	
Alfainterferona (<5MUI/ m ²)	INJETÁVEL	1			
Alfainterferona (>5<10MUI/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Alfainterferona (=10MUI/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Altretamina	INJETÁVEL			4	
Amifostina (> 300mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Amifostina (< ou = 300mg/m ²)	INJETÁVEL		2		
Asparaginase	INJETÁVEL	1			
Azacidina	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/m ²)	INJETÁVEL				5
Carmustina (=250mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Catumaxumabe	INJETÁVEL		2		
Cetuximabe	INJETÁVEL	1			
Ciclofosfamida	ORAL			3	
Ciclofosfamida (> 1500mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Ciclofosfamida (=750mg=1500mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (< 50mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (=50mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Citarabina (< 100mg/m ²)	INJETÁVEL	1			
Citarabina (> 200mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Citarabina (100 -200mg/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Cldribina (2-Clorodeoxiadenosina)	INJETÁVEL	1			
Clofarabina	INJETÁVEL			3	
Clorambucila	ORAL	1			
Dacarbazina	INJETÁVEL				5
Dactinomicina	INJETÁVEL			4	
Dasatinibe	ORAL	1			
Daunorubicina	INJETÁVEL			3	
Decitabina	INJETÁVEL	1			
Denileukin difitox	INJETÁVEL	1			
Dexrazoxano	INJETÁVEL	1			
Docetaxel	INJETÁVEL		2		
Doxorubicina lipossomal	INJETÁVEL		2		
Doxorubicina(=60mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Doxorubicina (> 60mg/ m ²)	INJETÁVEL				5
Epirubicina (=90mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Epirubicina (< ou = 90mg/m ²)	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/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Gefitinibe	ORAL	1			
Gencitabina	INJETÁVEL		2		
Hidroxiurcia	ORAL	1			
Idarrubicina	INJETÁVEL			4	
Ifosfamida (< 10mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Ifosfamida (=10g/ m ²)	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	
Tensiolimo	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:

- identificar e pontuar o antineoplásico mais emetogênico
- somar 1 ponto para cada outro de nível 3 ou 4
- 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:

- Diretrizes em Antieméticos MASCC/ESMO 2011- Multinational Association of Supportive Care in Cancer.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Antiemesis 2012
- 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 $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
- b. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

8. Cobertura obrigatória 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

10. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer pulmonar de células pequenas (CPCP), comprovado por biópsia, no estadiamento do câncer. [\(Incluído pela RN 596/2024, em vigor a partir de 22/01/2024\)](#)

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 trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses.

63.SUCCINIL ACETONA

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

64.TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abemaciclibe	Mama	Tratamento de pacientes adultos com câncer de mama avançado ou metastático, com receptor hormonal positivo (HR positivo) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 negativo (HER2 negativo): - em combinação com um inibidor da aromatase como terapia endócrina inicial; - em combinação com fulvestranto como terapia endócrina inicial ou após terapia endócrina; - 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, em vigor a partir de 14/01/2022)

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
		Tratamento adjuvante de pacientes adultos com câncer de mama inicial, com alto risco de recorrência, receptor hormonal (RH) positivo, receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER2) negativo e linfonodo positivo. (Incluído pela RN nº 660/2025, em vigor a partir de 02/01/2026)
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.
	Próstata	Associada ou não ao docetaxel, para o tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático sensível à castração (CPSCm). (Incluído pela RN nº 616/2024, em vigor a partir de 22/10/2024)
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, em vigor a partir de 31/05/2022)
	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, em vigor a partir de 31/05/2022)
	LLC - Leucemia linfocítica crônica / LLPC - Linfoma linfocítico de pequenas células	Em combinação com venetoclax, para o tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica (LLC) ou linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC) sem deleção 17p ou mutação TP53. (Incluído pela RN nº 674/2026, em vigor a partir de 01/07/2026)
	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, em vigor 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 epidérmico (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).
		Tratamento adjuvante em pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) positivo para quinase do linfoma anaplásico (ALK) no estágio IB (tumores ≥4 cm) até IIIA após ressecção do tumor. (Incluído pela RN nº 650, em vigor a partir de 01/12/2025)
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.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
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, em vigor a partir de 31/05/2022)
Asciminibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica (FC), previamente tratados com dois ou mais inibidores da tirosina quinase (ITQ). (Incluído pela RN nº 618, em vigor a partir de 02/12/2024)
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, em vigor 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, em vigor 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.
	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, em vigor 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, em vigor a partir de 01/08/2023)
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença.
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	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/linfóide 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, em vigor a partir de 01/04/2022)
	Próstata	Em combinação com docetaxel, para o tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático hormônio-sensível. (Incluído pela RN nº 577/2023, em vigor a partir de 09/05/2023)
Dietilelbestrol	Mama	Casos paliativos.
	Próstata	Casos paliativos.
Encorafenibe	Colorretal	Em combinação com cetuximabe, para o tratamento, em segunda linha, de pacientes com câncer colorretal metastático com a mutação no gene BRAF V600E. (Incluído pela RN nº 589/2023, em vigor a partir de 01/12/2023)
	Melanoma	Em combinação com Binimetinibe, para o tratamento de pacientes adultos com melanoma irressecável ou metastático com mutação BRAF V600, em primeira linha. (Incluído pela RN nº 588/2023, em vigor a partir de 01/11/2023)
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.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	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, em vigor 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 irresssecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Esilato de nintedanibe	Pulmão	Em associação ao Docetaxel para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado, metastático ou recorrente, com histologia de adenocarcinoma, após primeira linha de quimioterapia à base de platina.
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas.
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos.
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
Everolimus	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano.
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pâncreas.
	Estômago	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no estômago.
	Intestino	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no intestino.
	Pulmão	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pulmão.
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno.
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno.
	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama.
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
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 irrisecável 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 (TCH). (Incluído pela RN nº 540, em vigor 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).
	LLC - Leucemia linfocítica crônica / LLPC - Linfoma linfocítico de pequenas células	Em combinação com venetoclax, para pacientes adultos com leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC) em primeira linha de tratamento. (Incluído pela RN 611/2024, em vigor a partir de 02/09/2024)
	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 gastrointestinal	Irressecável ou metastático.
	GIST - Tumor estromal gastrointestinal	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco.
Lenalidomida	LF - Linfoma folicular	Em combinação com rituximabe, para tratamento de pacientes com linfoma folicular previamente tratados. (Incluído pela RN 610/2024, em vigor a partir de 01/08/2024)
	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 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.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
		*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.
Larotrectinibe, sulfato de	Tumores sólidos	Tratamento de pacientes pediátricos com tumores sólidos localmente avançados ou metastáticos positivos para fusão do gene NTRK. (Incluído pela RN nº 652, em vigor a partir de 01/12/2025)
Lenvatinibe	Endométrio	Em combinação com pembrolizumabe, para o tratamento de pacientes adultas com câncer endometrial (CE) avançado, que apresentem progressão da doença após terapia sistêmica prévia à base de platina, proficientes em reparo de incompatibilidade do DNA (pMMR), e que não sejam candidatas à cirurgia curativa ou radiação (radioterapia). (Incluído pela RN nº 588, em vigor a partir de 01/11/2023)
	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 radioterapia (RIT). (Incluído pela RN nº 578, em vigor a partir de 03/07/2023)
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático 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, em vigor 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.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	Linfoma não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	Mama	Sem especificação de fase da doença.
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença.
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença.
Midostaurina	LMA - Leucemia mielóide aguda	Em combinação com quimioterapia em primeira linha para pacientes com mutação de FLT3.
Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável.
Momelotinibe	Mielofibrose (Medula Óssea)	Tratamento de pacientes adultos com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial, com anemia (nível Hb<10), em primeira linha. (Incluído pela RN nº 661, em vigor a partir de 02/03/2026)
		Tratamento de pacientes adultos com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial, com anemia e que sejam refratários ou intolerantes a ruxolitinibe. (Incluído pela RN nº 661, em vigor a partir de 02/03/2026)
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mielóide 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 mielóide 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, em vigor 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 endometriode, 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, em vigor 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, em vigor 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

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
		quimioterapia em primeira linha, baseada em platina. (Incluído pela RN nº 577, em vigor a partir de 09/05/2023)
	Mama	Tratamento adjuvante de pacientes adultos com câncer de mama inicial de alto risco HER2 negativo, com mutação BRCA, que foram previamente tratados com quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante. (Incluído pela RN nº 605/2024, em vigor a partir de 01/07/2024)
	Próstata	Em monoterapia, para o tratamento de pacientes adultos com câncer de próstata metastático resistente à castração (CPRCm) e com mutação de genes BRCA1 e/ou BRCA2, cuja doença progrediu após tratamento prévio com novo agente hormonal. (Incluído pela RN nº 673/2026, em vigor a partir de 01/06/2026)
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).
		Tratamento adjuvante após ressecção do tumor em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas (CPNPC) cujo tumor apresenta mutações de deleções do éxon 19 ou de substituição do éxon 21 (L858R) dos Receptores do Fator de Crescimento Epidérmico (EGFRs). (Incluído pela RN nº 603, em vigor a partir de 02/05/2024)
		Em combinação com pemetrexede e quimioterapia à base de platina, para o tratamento em primeira linha de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático, cujo tumor apresenta mutações de deleções no éxon 19 ou de substituição no éxon 21 (L858R) do EGFR. (Incluído pela RN nº 669, em vigor a partir de 04/05/2026)
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.
Pomalidomida	Mieloma Múltiplo	Em combinação com bortezomibe e dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recidivado refratário, após pelo menos uma terapia anterior, incluindo lenalidomida. (Incluído pela RN nº 591, em vigor a partir de 02/01/2024)
Ponatinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica com falha/resistência ou intolerância aos inibidores de tirosina quinase de segunda geração. (Incluído pela RN nº 629/2025, em vigor a partir de 17/03/2025)
Regorafenibe	Fígado	Pacientes adultos com carcinoma hepatocelular (CHC) que tenham sido previamente tratados com Sorafenibe.
	Colorretal	Tratamento de pacientes adultos com câncer colorretal (CCR) metastático que tenham sido previamente tratados com, ou não sejam considerados candidatos para, as

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
		terapias disponíveis. Estas incluem quimioterapia à base de fluoropirimidinas, terapia anti-VEGF e terapia anti-EGFR. (Incluído pela RN nº 546, em vigor 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 gastrointestinal	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe.
	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha.
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas.
Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo.
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada.
	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão.
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão	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, em vigor a partir de 06/05/2022)
	Estômago	Tratamento de pacientes adultos com câncer gástrico metastático, incluindo adenocarcinoma da junção gastroesofágica, que foram previamente tratados com

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
		pelo menos dois regimes anteriores de tratamento sistêmico para doença avançada. (Incluído pela RN nº 536, em vigor a partir de 06/05/2022)
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600 do gene BRAF, primeira linha.
Venetoclax	LMA - Leucemia mieloide 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, em vigor 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, em vigor a partir de 10/02/2023)
	LLC – Leucemia linfocítica crônica / LLPC - Linfoma linfocítico de pequenas células	Tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica Crônica (LLC) ou linfoma linfocítico de células pequenas (LLCP) em primeira linha. (Incluído pela RN nº 624, em vigor a partir de 03/02/2025)
	LLC – Leucemia linfocítica crônica / LLPC - Linfoma linfocítico de pequenas células	Tratamento de pacientes adultos com leucemia linfocítica Crônica (LLC) ou linfoma linfocítico de células pequenas (LLCP) recidivante refratário (RR). (Incluído pela RN nº 624, em vigor a partir de 03/02/2025)

65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR OU SUBCUTÂNEA

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 sulfasalazina 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, Risanquizumabe¹, Certolizumabe pegol², Brodalumabe³, Bimequizumabepara⁴ ou Tildrakizumabe⁵ 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](#)

[3. Incluído pela RN nº 611/2024, a partir de 02/09/2024](#)

[4. Incluído pela RN nº 628/2025, a partir de 01/03/2025](#)

[5. Incluído pela RN nº 635/2025, a partir de 01/07/2025](#)

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 maior ou igual a 6 ou escore endoscópico de Mayo maior ou igual a 2) como terapia de indução e manutenção, após falha, refratariedade, recidiva ou intolerância à terapia sistêmica convencional. ([Retificação \(Publicado em: 14/12/2023 | Edição: 237 | Seção: 1 | Página: 148\)\)](#))

2. Cobertura obrigatória dos medicamentos Ustequinumabe, Vedolizumabe¹, Guselcumabe¹ ou Risanquizumabe² para o tratamento da Colite/Retocolite Ulcerativa Moderada a Grave (escore completo de Mayo maior ou igual a 6 ou escore endoscópico de Mayo maior ou igual a 2) como terapia de indução e manutenção, após falha, refratariedade, recidiva ou intolerância à terapia com anti-TNFs. ([Incluído pela RN nº 591, a partir de 02/01/2024](#)) ([Retificação \(Publicado em: 14/12/2023 | Edição: 237 | Seção: 1 | Página: 148\)\)](#))

Observação:

[1. Incluído pela RN nº 655/2025, a partir de 02/01/2026](#)

[2. Incluído pela RN nº 663/2026, a partir de 04/05/2026](#)

65.8 HIDRADENITE SUPURATIVA

1. Cobertura obrigatória do medicamento Adalimumabe ou Secuquinumabe¹ para pacientes adultos com hidradenite supurativa ativa moderada a grave que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos.

Observação:

[1. Incluído pela RN nº 624/2024, a partir de 03/02/2025](#)

65.9 ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE

~~1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Benralizumabe ou Mepolizumabe ou Dupilumabe¹ ou Tezepelumabe² 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](#)~~

~~[2. Incluído pela RN nº 612/2024, a partir de 02/09/2024](#)~~

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Benralizumabe ou Mepolizumabe ou Dupilumabe ou Tezepelumabe para o tratamento complementar da asma eosinofílica (asma com inflamação do tipo II/fenótipo eosinofílico) grave, quando preenchidos todos os critérios:

- a. asma não controlada, apesar do uso de corticoide inalatório associado a beta-2 agonista de longa duração; e
- b. pelo menos uma contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/microlitro nos últimos 12 meses, OU, em pacientes em uso contínuo ou

recorrente de corticoide oral, pelo menos uma contagem de eosinófilos maior ou igual a 150 células/microlitro nos últimos 12 meses; e

c. duas ou mais exacerbações asmáticas necessitando de tratamento com corticoide oral no último ano, OU uma ou mais exacerbações asmáticas necessitando de hospitalização* no último ano, OU uso contínuo de corticoide oral para controle da asma nos últimos 6 meses.

*Para fins desta DUT, o termo "hospitalização" compreende internações em leito hospitalar com permanência por um período mínimo de 24 horas e com o propósito de tratamento e controle do agravamento do quadro clínico relacionado ao episódio de exacerbação asmática. ([Alterado pela RN nº 634/2025, em vigor a partir de 02/06/2025](#))

65.10 ASMA ALÉRGICA GRAVE

~~1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Omalizumabe ou Dupilumabe¹ ou Tezepelumabe² 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](#)

[2. Incluído pela RN nº 612/2024, a partir de 02/09/2024](#)

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos Omalizumabe ou Dupilumabe ou Tezepelumabe para o tratamento complementar da asma alérgica (asma com

inflamação do tipo 2 e fenótipo alérgico) 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. duas ou mais exacerbações asmáticas necessitando de tratamento com corticoide oral no último ano, OU uma ou mais exacerbações asmáticas necessitando de hospitalização* no último ano, OU uso contínuo de corticoide oral para controle da asma nos últimos 6 meses.

*Para fins desta DUT, o termo "hospitalização" compreende internações em leito hospitalar com permanência por um período mínimo de 24 horas e com o propósito de tratamento e controle do agravamento do quadro clínico relacionado ao episódio de exacerbação asmática. ([Alterado pela RN nº 634/2025, em vigor a partir de 02/06/2025](#))

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.

3. 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.

4. Cobertura obrigatória dos medicamentos Alentuzumabe ou Ocrelizumabe ou Ofatumumabe¹ 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/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. 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 nº 571/2023, em vigor a partir de 10/02/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Dupilumabe¹ ou Lebriquizumabe² 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.

Observação:

- 1. Incluído pela [RN nº 571/2023, em vigor a partir de 10/02/2023](#).
- 2. Incluído pela [RN nº 667/2026, em vigor a partir de 01/07/2026](#).

2. Cobertura obrigatória do medicamento Dupilumabe para o tratamento de pacientes com dermatite atópica grave, com idade entre 6 meses e 18 anos, sem resposta adequada a tratamento tópico com corticosteroide e/ou inibidores de calcineurina por pelo menos 6 meses, que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios (Incluindo pela [RN nº 603/2024, a partir de 02/05/2024](#)):

- a. Índice de Gravidade da Dermatite Atópica (SCORing Atopic Dermatitis) - SCORAD superior a 50;
- b. Índice de Severidade e Área de Eczema (Eczema Area and Severity Index) - EASI superior a 21;
- c. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (Dermatology Life Quality Index) - DLQI superior a 10;
- d. Índice Pediátrico de Qualidade de Vida em Dermatologia (Children's Dermatology Life Quality Index- CDLQI superior a 12.

Observação: referente ao item 2: Caso não seja observada resposta terapêutica satisfatória após 24 semanas de tratamento, a cobertura não será mais obrigatória.

Observação 2: Outro medicamento para o tratamento de Dermatite Atópica está disposto na Diretriz de Utilização nº 158, relacionada à "TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)". (Incluindo pela [RN nº colite/2026, a partir de 10/02/2026](#))

65.15 OSTEOPOROSE ([Incluído pela RN nº 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).~~

~~1. Cobertura obrigatória do medicamento Romosozumabe para mulheres com osteoporose na pós-menopausa e que falharam ao tratamento medicamentoso (duas ou mais fraturas).~~ [\(Alterado pela RN nº 616/2024, em vigor a partir de 22/10/2024\)](#)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Romosozumabe para mulheres com osteoporose grave na pós-menopausa, em falha ao tratamento medicamentoso, definida pela ocorrência de uma das seguintes situações:

- a. Presença de duas ou mais fraturas ocorridas na vigência de tratamento medicamentoso para osteoporose; ou
- b. Presença de uma fratura, após tempo mínimo de tratamento medicamentoso para osteoporose de 1 (um) ano, associada à perda significativa de densidade mineral óssea, definida como redução de mais de 5% em qualquer sítio no intervalo avaliado, considerando boa adesão ao tratamento e ausência de causas secundárias de perda de massa óssea.

[\(Alterado pela RN nº 660/2025, em vigor a partir de 02/01/2026\)](#)

65.16 ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO (AEH) [\(Incluído pela RN nº 586/2023, em vigor a partir de 02/10/2023\)](#)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Lanadelumabe para a prevenção de rotina (profilaxia de longo prazo) de crises recorrentes de angioedema hereditário (AEH) tipo I ou II, em pacientes com 12 anos de idade ou mais, após falha ou contraindicação ao uso de andrógenos atenuados.

65.17 VASCULITE [\(Incluído pela RN nº 587/2023, em vigor a partir de 02/10/2023\)](#)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Rituximabe, para o tratamento de vasculites associadas aos anticorpos anticitoplasma de neutrófilos, classificadas como granulomatose com poliangeíte (GPA) ou poliangeíte microscópica (MPA), ativa e grave, quando preenchidos um dos seguintes critérios:

- a. Terapia de indução de remissão dos pacientes com diagnóstico recente em idade fértil;

b. Casos de recidiva de vasculites.

65.18 HEMOFILIA A (Incluído pela RN nº 592/2023, em vigor a partir de 18/12/2023)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Emicizumabe, para o tratamento profilático de pacientes com hemofilia A, moderada ou grave, e anticorpos inibidores do Fator VIII, sem restrição de faixa etária.

2. Cobertura obrigatória do medicamento Emicizumabe, para tratamento profilático de pacientes com Hemofilia A grave ou com nível de atividade de fator VIII inferior a 2%, sem anticorpos inibidores do fator VIII, com até 6 anos de idade no início do tratamento. (Incluindo pela [RN nº 662/2026, a partir de 10/02/2026](#))

Observação: A Hemofilia A pode ser classificada de acordo com a concentração de FVIII no sangue: (Incluindo pela [RN nº 662/2026, a partir de 10/02/2026](#))

Gravidade	Concentração de Fator VIII
Leve	5 UI/dl a 40 UI/dl (0,05 – 0,40 UI/mL) ou Maior que 5% e menor que 40% do normal
Moderada	1 UI/dl a 5 UI/dl (0,01 - 0,05 UI/mL) ou Entre 1% a 5% do normal
Grave	Menor que 1 UI/dl (menor que 0,01 UI/mL) ou Menor que 1% do normal

65.19 HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (HPN) (Incluído pela RN nº 604/2024, em vigor a partir de 07/05/2024)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Ravulizumabe para o tratamento (fase inicial e de manutenção) de pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna (HPN), com idade maior que 14 anos, na sua apresentação hemolítica e com comprovação de alta atividade da doença.

2. Cobertura obrigatória do medicamento Ravulizumabe para o tratamento de pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna (HPN), com idade maior que 14 anos, clinicamente estáveis após terem sido tratados com eculizumabe por, no mínimo, os últimos 6 meses.

65.20 NEFRITE LÚPICA (Incluído pela RN nº 612/2024, em vigor a partir de 02/09/2024)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Belimumabe, quando solicitado pelo médico assistente nefrologista ou reumatologista, de modo complementar à terapia padrão, para o tratamento de indução e/ou de manutenção de pacientes adultos com nefrite lúpica ativa, comprovada por biópsia, classe III (com ou sem achados combinados de classe V) ou classe IV (com ou sem achados combinados de classe V), de acordo com a classificação da Sociedade Internacional de Nefrologia e da Sociedade de Patologia Renal.

65.21 LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) (Incluído pela RN nº 645/2025, em vigor a partir de 03/11/2025)

1. Cobertura obrigatória dos medicamentos anifrolumabe ou belimumabe para o tratamento de pacientes adultos com LES em alta atividade da doença apesar do uso da terapia padrão por no mínimo 6 meses, que preencham todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I:

- a. Diagnóstico confirmado de LES de acordo com os critérios EULAR/ACR 2019;
- b. Autoanticorpos positivos (anti-dsDNA positivo e/ou complemento baixo);
- c. Índice de Atividade da Doença do Lúpus Eritematoso Sistêmico - SLEDAI ≥ 10 .

Grupo II:

- a. Presença de manifestação neurológica ou psiquiátrica.

Observação 1: Tratamento padrão definido como terapia tripla convencional (antimalárico + corticoide + imunossupressor): 1. antimalárico (cloroquina ou hidroxicloroquina); 2. corticoide (prednisona em doses $\geq 7,5$ mg/dia ou equivalente); e 3. dois esquemas prévios de imunossupressores, mantidos em doses adequadas por pelo menos 6 meses, exceto na impossibilidade de uso devido a efeitos colaterais ou contraindicações documentadas.

Observação 2: Reavaliação obrigatória após 12 meses com documentação de resposta baseada em escore validado: redução de 4 pontos no SLEDAI e/ou melhora de 50% do

CLASI e/ou redução na dose de corticoide em pelo menos 50% e/ou atingir dose de prednisona < 5 mg/dia e/ou alcançar ou manter estado de remissão ou baixa atividade da doença. Suspender caso não seja observada resposta após 12 meses.

Observação 3: Em caso de manifestação renal (nefrite lúpica) ver Diretriz de Utilização específica (nº 65.20).

65.22 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) (Incluído pela RN nº 651/2025, em vigor a partir de 02/03/2026)

1. Cobertura obrigatória do medicamento dupilumabe para o tratamento complementar de pacientes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoC), quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. Doença pulmonar obstrutiva crônica grave¹, não controlada, apesar do uso de terapia tripla inalatória com antimuscarínico de longa ação (lma) + beta-2 agonista de longa ação (laba) + corticoide inalatório (ci); e
- b. Pelo menos uma contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/microlitro nos últimos 12 meses; e
- c. Perfil exacerbador, caracterizado por pelo menos duas exacerbações moderadas, demandando uso de corticoides sistêmicos e/ou antibioticoterapia nos últimos 12 meses, ou uma exacerbação grave, necessitando de hospitalização² nos últimos 12 meses.

Observação 1: de acordo com a diretriz da iniciativa global para doença pulmonar obstrutiva crônica – gold, a dpoC grave (gold 3) é caracterizada pelo parâmetro funcional volume expiratório forçado no primeiro segundo - vef1 pós broncodilatador entre 30 e 49% do valor predito, conforme espirometria.

Observação 2: para fins desta dut, o termo “hospitalização” compreende internações em leito hospitalar com permanência por um período mínimo de 24 horas e com o propósito de tratamento do quadro clínico relacionado ao episódio de exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica

65.23 TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (Incluído pela RN nº 670/2026, em vigor a partir de 04/05/2026)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Rituximabe para o tratamento de Trombocitopenia Imune Primária em crianças, adolescentes e adultos, quando atendidos todos os seguintes critérios:

- a. nas fases da doença persistente ou crônica; e
- b. na ausência de resposta (refratária), dependência ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha.

66. TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER

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

Referência Bibliográfica:

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

67. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)

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

Referência Bibliográfica:

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

68. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

Cobertura obrigatória nas seguintes situações:

1. Na avaliação do comportamento da pressão arterial em indivíduos com história familiar de hipertensão e síndrome metabólica ou diabetes.
2. Como teste de screening em pacientes assintomáticos, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. história familiar de DAC precoce ou morte súbita;
 - b. paciente de alto risco pelo escore de Framingham;
 - c. pré-operatório de cirurgias não cardíacas em pacientes com risco intermediário a alto pelo escore de Framingham;
 - d. avaliação de mulheres com mais de 50 anos ou homens com mais de 40 anos candidatos a programas de exercício;
 - e. avaliação de indivíduos com ocupações especiais responsáveis pela vida de outros como pilotos, motoristas de coletivos ou embarcações ou similares;
 - f. adultos com arritmias ventriculares que apresentam uma probabilidade intermediária ou alta de doença coronariana pelos critérios de Diamond e Forrester.
3. Na investigação da doença coronariana ambulatorial em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária pelo escore de Diamond e Forrester.
4. Na investigação de pacientes de baixo risco, com suspeita de síndrome coronariana aguda.
5. Na avaliação de pacientes com doença coronariana comprovada por coronariografia ou pós-infarto agudo do miocárdio diagnosticado pelos critérios da OMS, para avaliação de risco antes da alta hospitalar e prescrição de atividade física.
6. Na avaliação de classe funcional em pacientes selecionados para transplante cardíaco por meio da ergoespirometria.

7. Na investigação das arritmias induzidas pelo esforço ou sintomas que possam ser dependentes de arritmia.
8. Na estratificação de risco para morte súbita cardíaca nas síndromes 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 angioides, 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-histocitose 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-histocitose 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 estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia definida como remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

72. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA

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

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

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

Grupo I (Inclusão)

- a. bexiga hiperativa há pelo menos 6 meses com incontinência urinária de urgência;
- b. insucesso no tratamento clínico com modificação comportamental;
- c. contra-indicações ao uso de antimuscarínico ou efeitos adversos intoleráveis ou insucesso no tratamento com tentativa de pelo menos dois antimuscarínicos por pelo 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 urinária após a primeira aplicação.

74. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO

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

Grupo I

- a. melhor acuidade visual corrigida entre 20/20 e 20/400;
- b. ausência de dano estrutural permanente da fóvea central;
- c. 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 400 μ ;
- 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 ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) com mais de 16 anos;
- f. pacientes ostomizados;
- g. após cirurgia gastrointestinal;
- h. para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.

2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

104. 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), pólio 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 de 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 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). 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 incluídos 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 genético 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 genu varo e/ ou ossos tubulares curtos e/ou estreitamento da distância interpedicular da coluna

espinhal e/ou hiperlordose lombar e/ou ilíacos arredondados e acetábulo horizontalizados e/ou incisura sacro isquiática pequena e/ou radiolusência 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 genu 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, Hämläinen 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. câibras.

5. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com quadro clínico de atrofia muscular espinhal tipo IV com início dos sintomas na vida adulta e que apresentem eletroneuromiografia com denervação e redução da amplitude do potencial de ação motor, quando presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:

- a. fraqueza muscular simétrica proximal;
- b. fasciculação da língua ou outros grupos musculares;
- c. tremor postural dos dedos;
- d. hiporreflexia;
- e. câibras.

6. Cobertura obrigatória para o aconselhamento genético de indivíduos assintomáticos, com parentes de 1º ou 2º graus com diagnóstico molecular confirmado.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

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

1. Realizar análise da deleção ou conversão do éxon 7 de ambas as cópias do gene SMN1 por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em gel de agarose ou por eletroforese capilar.
2. Realizar pesquisa de mutação por Sequenciamento de Nova Geração ou Sanger de toda região codificadora do gene SMN1 quando for diagnosticada heterozigose do éxon 7 do gene SMN1 e o paciente preencher pelo menos dois dos seguintes critérios:
 - a. eletroneuromiografia revelando denervação e redução da amplitude do potencial de ação motor;
 - b. biópsia muscular com atrofia de fibras do grupo 1 e 2;
 - c. 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 of early-onset breast cancer in Brazil. PLoS One. 2013;8(3):e57581. doi: 10.1371/journal.pone.0057581. Epub 2013 Mar 1.
2. Couch FJ, Hart SN, Sharma P, Toland AE, Wang X, Miron P, Olson JE, Godwin AK, Pankratz VS, Olswold C, Slettedahl S, Hallberg E, Guidugli L, Davila JJ, 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, Tibben 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, Lorio W, et al. Prevalence of BRCA mutations among women with triple-negative breast cancer (TNBC) in a genetic counseling cohort. Ann Surg Oncol 2013;20:3254–3258.
6. Leegte B, van der Hout AH, Deffenbaugh AM, Bakker MK, Mulder IM, ten Berge A, Leenders EP, Wesseling J, de Hullu J, Hoogerbrugge N, Ligtenberg MJ, Arden-Jones A, Bancroft E, Salmon A, Barwell J, Eeles R, Oosterwijk JC. Phenotypic expression of

double heterozygosity for BRCA1 and BRCA2 germline mutations. J Med Genet. 2005 42(3):e20.

7. Liede A, Karlan BY, Narod SA. Cancer risks for male carriers of germline mutations in BRCA1 or BRCA2: a review of the literature. J Clin Oncol 2004;22:735–742.

8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2014. Disponível em URL: www.nccn.org

9. Acessado em: 15 de fevereiro de 2015.

10. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. NICE Guideline CG 164. June 2013. Disponível em URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg164>. Acessado em 14 de fevereiro de 2015.

11. Peixoto A, Santos C, Pinto P, Pinheiro M, Rocha P, Pinto C, Bizarro S, Veiga I, 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 Linfangiomatose 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 platisspondilia 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 collagenopatia do tipo 2 e baixa estatura desproporcionada (abaixo do percentil 5) com tronco curto quando preenchidos pelo menos 2 critérios do Grupo I e pelo menos 3 critérios do Grupo II.

Grupo I (Critérios clínicos):

- a. Alta miopia, acima de 6DP;
- b. 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 familiar de EDS tipo IV.

Grupo II:

- a. Pele fina e translúcida;
- b. Dismorfismos faciais característicos (lábios e filtro nasogeniano finos, queixo pequeno, nariz afilado, olhos grandes);
- c. Acrogeria;
- d. Fístula arteriovenosa em carótida;
- e. Hiperextensibilidade de pequenas articulações;
- f. Rotura muscular ou tendínea;
- g. Varizes precoces;
- h. Pneumotórax ou pneumohemotorax;
- i. Hematomas espontâneos ou após trauma mínimo;
- j. Luxações ou subluxações articulares crônicas;
- k. Pés equinovaros;
- l. Recessão gengival;

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

2. Cobertura obrigatória para parentes de 1º, 2º, e 3º 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 familiar positiva de deficiência intelectual na linhagem materna;
 - b. Características físicas ou comportamentais sugestivas da síndrome do X frágil.
2. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo feminino com falência ovariana antes dos 40 anos (prematura) sem causa definida e após realização de cariótipo, dosagem de LH e FSH.
3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com mais de 50 anos de idade com quadro de ataxia cerebelar progressiva e tremor de intenção com história familiar positiva de doenças relacionadas ao FMR1 e cujas causas comuns não genéticas de ataxia tenham sido excluídas.
4. Cobertura obrigatória para familiar assintomático de 1º, 2º ou 3º 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, , Stern DL, , Cheng E, , Cutting GR,. CFTR-Related Disorders Includes: Congenital Absence of the Vas Deferens, Cystic Fibrosis. Thorax. 2006 Jul; 61(7): 627–635.
2. De Boeck K, Wilschanski M, Castellani C, Taylor C, Cuppens H, Dodge J, Sinaasappel M. Can Fam Physician. 2012 Dec; 58(12): 1341–1345.
3. Schram CA. Atypical cystic fibrosis -Identification in the primary care setting. Eur J Hum Genet. 2009 Jan;17(1):51-65.
4. Dequeker E1, Stuhmann M, Morris MA, Casals T, Castellani C, Claustres M, Cuppens H, des Georges M, Ferec C, Macek M, Pignatti PF, Scheffer H, Schwartz M, Witt M, Schwarz M, Girodon E. Best practice guidelines for molecular genetic diagnosis of cystic fibrosis and CFTR-related disorders--updated European recommendations. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012 December; 2(12)

5. Ferec C, Cutting GR. Consensus on the use and interpretation of cystic fibrosis mutation analysis in clinical practice J Cyst Fibros. 2008 May; 7(3): 179–196.
6. Castellani HC, Cuppens MM, Cassiman 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, Stuhmann M, Tzetis M, Zielenski J, Elborn JS Genet Med. 2008 December; 10(12): 851–868.
7. Moskowitz SM, Chmiel JF, Stern 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 grau com desejo de engravidar com finalidade de diagnóstico pré-natal.

2. Cobertura obrigatória para pacientes do sexo masculino com diagnóstico enzimático de mucopolissacaridose II (iduronato-2- sulfatase/gene IDS) para aconselhamento genético de parentes da linhagem materna de 1º, 2º e 3º grau com desejo de engravidar.

3. Cobertura obrigatória para aconselhamento genético de mulheres assintomáticas com história familiar de parentes de 1º, 2º e 3º grau 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, Kaldete 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 monini, 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 - SÍNDROME DE COWDEN

1. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com macrocefalia e pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. Pelo menos um câncer do espectro da Síndrome de Cowden (câncer de mama, câncer de endométrio, câncer de tireoide folicular);
- b. Pelo menos uma lesão benigna típica da Síndrome de Cowden entendida como presença de pelo menos um dos itens abaixo:
 - i. múltiplos hamartomas gastrointestinais;
 - ii. ganglioneuromas;

- iii. pigmentação macular da glândula do pênis;
 - iv. um triquilemoma comprovado por biópsia;
 - v. múltiplas queratoses palmo-plantares;
 - vi. papilomatose multifocal ou extensa de mucosa oral;
 - vii. inúmeras pápulas faciais.
- c. Com diagnóstico de transtorno do espectro autista.
2. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos sem macrocefalia com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos três lesões benignas ou malignas da Síndrome de Cowden entendida como presença de pelo menos três dos itens abaixo:
- a. Câncer de mama;
 - b. Câncer de endométrio;
 - c. Câncer de tireoide folicular;
 - d. Múltiplos hamartomas gastrointestinais;
 - e. Ganglioneuromas;
 - f. Pigmentação macular da glândula do pênis;
 - g. Triquilemoma comprovado por biópsia;
 - h. Múltiplas queratoses palmo-plantares;
 - i. Papilomatose multifocal ou extensa de mucosa oral;
 - j. Inúmeras pápulas faciais.
3. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos quatro dos critérios menores da Síndrome de Cowden (Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de tireoide papilífero, ≥ 3 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 $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).
4. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com um câncer do espectro da Síndrome de Cowden (câncer de mama, câncer de endométrio, câncer de tireoide folicular) e mais três das lesões menores da Síndrome de Cowden

(Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de 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 $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).

5. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico atual ou prévio de uma lesão benigna típica da Síndrome de Cowden (múltiplos hamartomas gastrointestinais, ganglioneuromas, pigmentação macular da glândula do pênis, triquilemomas, múltiplas queratoses palmo-plantares, papilomatose de mucosa oral, inúmeras pápulas faciais) e mais três das lesões menores da Síndrome de Cowden (Carcinoma de células renais, Câncer de cólon, Câncer de tireoide papilífero, ≥ 3 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 $QI \leq 75$, transtorno do espectro autista).

6. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de Bannayan-Riley-Ruvalcaba ou doença de Lhermitte-Duclos no adulto.

7. Cobertura obrigatória para pacientes de ambos os sexos sem macrocefalia com diagnóstico atual ou prévio de pelo menos dois triquilemomas comprovados por biópsia.

8. Cobertura obrigatória para indivíduos maiores de 18 anos, diagnosticados ou não com câncer, com ou sem achados clínicos da Síndrome de Cowden, independente do sexo, quando houver mutação deletéria em PTEN em familiar de 1º, 2º ou 3º graus.

Método de análise utilizado de forma escalonada:

1. Sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger ou Sequenciamento de Nova Geração dos éxons do gene PTEN.

2. Se o item anterior for negativo, realizar MLPA.

3. Se os itens anteriores forem negativos, investigar mutações na região promotora do gene por Sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger 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 anáplásico 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 POLIPOSOS 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 salpingo-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 $Z \geq 2$ em pacientes acima de 20 anos ou $Z \geq 3$ 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 gastrointestinal excluindo-se colon e/ou reto confirmados por histologia;
 - c. qualquer número de pólipos juvenis quando localizados no trato gastrointestinal 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 Probe Amplification) 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 item “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. Disponível 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 cardíacos 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 Familiar. Manual Operacional. INCA. 22: 164-165, 2009. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer; <http://www.inca.gov.br>)

3. Síndromes 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 alcoólica, com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, em pelo menos uma das seguintes condições:~~
 - ~~a. diagnóstico inicial;~~
 - ~~b. estadiamento;~~
 - ~~c. acompanhamento.~~

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

- a. diagnóstico inicial;
- b. estadiamento;
- c. acompanhamento. ([alterado pela RN nº 648/2025, em vigor a partir de 03/11/2025](#))

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)~~ TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) [\(Alterado pela RN 624/2024, em vigor a partir de 03/02/2025\)](#)

- ~~1. Cobertura obrigatória para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:~~
- 1. Cobertura obrigatória do Palivizumabe para imunoprofilaxia para o vírus sincicial respiratório (VSR), para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: [\(Alterado pela RN 624/2024, em vigor a partir de 03/02/2025\)](#)

- 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 subseqüentes durante o período intra-hospitalar e pós-alta hospitalar.

2. Cobertura obrigatória do Nirsevimabe para imunoprofilaxia para o vírus sincicial respiratório (VSR), para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: [\(Incluído pela RN 624/2024, em vigor a partir de 03/02/2025\)](#)

~~a. Crianças prematuras nascidas com idade gestacional < 37 semanas (até 36 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias) entrando ou durante sua primeira temporada do VSR; ou~~

a. Crianças prematuras nascidas com idade gestacional < 37 semanas (até 36 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias), independentemente da sazonalidade do VSR; ou [\(Alterado pela RN 672/2026, em vigor a partir de 25/05/2026\)](#)

~~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.~~

~~b. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com pelo menos uma das seguintes comorbidades: [\(Alterado pela RN 632/2025, em vigor a partir de 04/05/2025\)](#)~~

b. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) entrando ou durante a primeira temporada do VSR, e/ou entrando ou durante a segunda temporada do VSR, com pelo menos uma das seguintes comorbidades: [\(Alterado pela RN 652/2025, em vigor a partir de 01/12/2025\)](#)

- i. Doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar);
- ii. Doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada;
- iii. Anomalias congênitas das vias aéreas;
- iv. Doença neuromuscular;
- v. Fibrose cística;
- vi. Imunocoprometimento;
- vii. Síndrome de Down.

Observação: Sazonalidade do VSR nas diferentes regiões do Brasil: [\(Alterado pela RN 652/2025, em vigor a partir de 01/12/2025\)](#)

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

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 síncope, 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 síncope, 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;
 - c. paciente portador de HIV;
 - d. paciente com doença inflamatória imunomediada¹;
 - e. paciente receptor de transplante de órgão sólido¹;
 - f. crianças em contato com casos de tuberculose ativa².

Observação:

[1. Incluído pela RN nº 571/2023, a partir de 10/02/2023](#)

[2. Incluído pela RN nº 619/2024, a partir de 01/02/2025](#)

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 a 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 abscesso ou osteomielite;

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

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 1º e o 7º 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 síncope, 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.~~

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de Insuficiência Pancreática Exócrina - IPE. [\(Alterado pela RN 637/2025, em vigor a partir de 14/07/2025\)](#)

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 ceróide 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
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)
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)
Carboximaltose férrica	Tratamento de pacientes adultos com anemia por deficiência de ferro e intolerância ou contra-indicação aos sais orais de ferro. (Incluído pela RN 581/2023, em vigor a partir de 12/07/2022)
Cipionato de testosterona	Reposição hormonal em homens com hipogonadismo hipogonadotrófico orgânico. (Incluído pela RN 676/2026, em vigor a partir de 03/08/2026)
Derisomaltose férrica	Tratamento de pacientes adultos com anemia por deficiência de ferro, após falha terapêutica, intolerância ou contra-indicação aos sais de ferro oral. (Incluído pela RN 625/2024, em vigor a partir de 23/12/2024)
Ganciclovir	Tratamento de infecções causadas por Citomegalovírus (CMV) em indivíduos imunossuprimidos pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (Incluído pela RN nº 616/2024, em vigor a partir de 22/10/2024) Pós-transplante de órgãos sólidos (TOS) ou transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) para: Profilaxia de infecções por citomegalovírus (CMV); ou Terapia preemptiva de infecções por citomegalovírus (CMV); ou Tratamento da doença por citomegalovírus (CMV). (Incluído pela RN nº 632/2025, em vigor a partir de 04/05/2025)
Isavuconazol	Tratamento da fase de consolidação em pacientes com mucormicose. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022)
Metotrexato	Tratamento de pacientes de qualquer idade com Dermatite Atópica moderada a grave, que atendam a pelo menos um dos seguintes critérios: a. Escore de Atividade da Dermatite Atópica - SCORAD igual ou superior a 25; b. Índice de Área e Gravidade do Eczema - EASI superior a 7; c. Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia - DLQI superior a 5; d. Índice Pediátrico de Qualidade de Vida em Dermatologia (Children's Dermatology Life Quality Index- CDLQI superior a 6; e. Escala de Eczema Orientada ao Paciente (Patient-Oriented Eczema Measure) - POEM superior a 7; f. Índice de Gravidade da Dermatite Atópica Orientado ao Paciente (Patient-Oriented SCORAD) - PO-SCORAD igual ou superior a 25;

SUBSTÂNCIA	INDICAÇÃO
	g. Avaliação Global Validada do Investigador para Dermatite Atópica (Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis) - vIGA-AD superior a 2. Observação: Outro medicamento para o tratamento de Dermatite Atópica está disposto na Diretriz de Utilização nº 65.14, relacionada à "TERAPIA MEDICAMENTOSA INJETÁVEL AMBULATORIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)". (Incluindo pela RN nº 662/2026, a partir de 10/02/2026)
Pamoato de pasireotida	Tratamento de pacientes adultos, sem diabetes, com acromegalia, para os quais a cirurgia do tumor hipofisário foi ineficaz ou é contraindicada e que não estão adequadamente controlados com análogos da somatostatina de 1ª geração. (Incluído pela RN 610/2024, em vigor a partir de 01/08/2024)
Propionato de testosterona + Fempropionato de testosterona + Isocaproato de testosterona + Decanoato de testosterona	Reposição hormonal em homens com hipogonadismo hipogonadotrófico orgânico. (Incluído pela RN 676/2026, em vigor a partir de 03/08/2026) Indução da puberdade em adolescentes do sexo masculino com hipogonadismo hipogonadotrófico orgânico. (Incluído pela RN 676/2026, em vigor a partir de 03/08/2026)
Romiplostim	Tratamento de indivíduos adultos com Púrpura Trombocitopênica Idiopática Primária refratária ou dependente de corticosteroide. (Incluído pela RN 627/2025, em vigor a partir de 17/02/2025) Tratamento de crianças, adolescentes e adultos com púrpura trombocitopênica idiopática primária refratária, crônica ou dependente de corticosteroide. (Alterado pela RN 637/2025, em vigor a partir de 14/07/2025)
Sulfato de gentamicina	Em combinação à doxiciclina, para o tratamento da brucelose humana. (Incluído pela RN 610/2024, em vigor a partir de 01/08/2024)
Undecilato de testosterona	Reposição hormonal em homens com hipogonadismo hipogonadotrófico orgânico. (Incluído pela RN 676/2026, em vigor a partir de 03/08/2026)
Voriconazol	Tratamento de pacientes com aspergilose invasiva. (Incluído pela RN 546/2022, em vigor a partir de 03/10/2022)

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~~ [\(Incluído pela RN 581/2023, em vigor a partir de 12/07/2023\)](#) **TERAPIA PARA DOENÇA DE FABRY CLÁSSICA** [\(Alterado pela RN 599/2024, em vigor a partir de 05/03/2024\)](#)

1. Cobertura obrigatória do medicamento Alfagalsidase em pacientes com sete anos de idade ou mais.
2. Cobertura obrigatória do medicamento Beta-agalsidase em pacientes com ~~oito~~ sete anos de idade ou mais. [\(Incluído pela RN 599/2024, em vigor a partir de 05/03/2024\)](#) [\(alterado pela RN 629/2025, em vigor a partir de 17/03/2025\)](#)

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.

163. TERAPIA INTRAVENOSA COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO [\(Incluído pela RN 592/2023, em vigor a partir de 18/12/2023\)](#)

1. Tratamento da doença de Paget. [\(Incluído pela RN nº 465/2021, em vigor a partir de 01/04/2021\)](#)
2. Tratamento de pacientes com osteoporose que apresentam intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais, decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou

acalasia, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios ([Incluído pela RN 592/2023, em vigor a partir de 18/12/2023](#)):

- a. fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria.
- b. fraturas de quadril por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria.
- c. exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar.
- d. baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade.
- e. baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® (*Fracture Risk Assessment Tool*) acima do limiar de intervenção.
- f. indivíduos adultos com plano de início e manutenção de tratamento com glicocorticoides em dose diária superior a 5 mg de prednisona ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses na presença de pelo menos um dos seguintes critérios:
 - i. fratura osteoporótica prévia;
 - ii. T-escore menor ou igual a -2,0 na coluna ou quadril;
 - iii. probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.
- g. homens com história de carcinoma de próstata e plano de início e manutenção de terapia de privação androgênica com agonistas ou antagonistas de GnRH ou com terapia antiandrogênica na presença de pelo menos um dos seguintes critérios:
 - i. fratura osteoporótica prévia;
 - ii. T-escore menor ou igual a -2,0 na coluna ou quadril;
 - iii. probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

- h. indivíduos com história de carcinoma de mama com plano de início e manutenção de tratamento com inibidores de aromatase na presença de pelo menos um dos seguintes critérios:
- i. T-escore menor ou igual a $-2,0$ na coluna ou quadril;
 - ii. redução anual da densidade mineral óssea em 5% a 10% após início da terapia.
- i. indivíduos com história de carcinoma de mama com plano de início e manutenção de tratamento com inibidores de aromatase, que tenham T-escore maior que $-2,0$ na coluna ou quadril, na presença de 2 ou mais dos seguintes fatores de risco:
- i. T-escore menor que $-1,5$;
 - ii. idade maior que 65 anos;
 - iii. IMC menor que 20 kg/m^2 ;
 - iv. história familiar de fratura de quadril;
 - v. história pessoal de fratura por fragilidade;
 - vi. tabagismo;
 - vii. uso de glicocorticoides por período maior que 6 meses.

OBS. 1: O limiar de intervenção é calculado pela ferramenta FRAX® (*Fracture Risk Assessment Tool*/Ferramenta de Avaliação de Risco de Fratura) disponível em <<<https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/>>>.

OBS. 2: Cobertura assistencial definida nos termos da Lei nº 9.656/1998, art. 10, §10 e da RN nº 465/2021, art. 24.

164. ~~ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA PERCUTÂNEA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA / ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA~~ (Incluído pela RN 604/2024, vigente de 07/05/2024 a 31/07/2024) ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) / ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS

DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) / ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) [\(Alterado pela RN 610/2024, em vigor a partir de 01/08/2024\)](#)

1. Cobertura obrigatória no tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal, irressecáveis ou ressecáveis com alto risco cirúrgico, com tamanho até 4 cm.

165. ECOBRONCOSCOPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA [\(Incluído pela RN 607/2024, em vigor a partir de 21/06/2024\)](#)

1. Cobertura obrigatória no estadiamento tumoral de mediastino em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão com ou sem o uso combinado de ecoendoscopia.

166. FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO (PERCUTÂNEO) [\(Incluído pela RN 606/2024, em vigor a partir de 01/07/2024\)](#)

1. Cobertura obrigatória para pessoa com fibrilação atrial não valvar (FANV), independente do padrão (paroxístico, persistente ou permanente), com risco moderado a alto de acidente vascular cerebral (AVC) mensurado pelo score CHA(2)DS(2)-VASc ≥ 2 , e na presença de contraindicação* permanente e irreversível à anticoagulação de longo prazo com varfarina e/ou anticoagulantes orais diretos (DOAC), atestado por pelo menos duas das seguintes especialidades médicas: hematologia, neurologia e cardiologia.

*Contraindicação entendida como uma das seguintes condições: sangramento grave devido a causa não reversível; sangramento prévio de causa não reversível ou relacionado ao uso de diferentes classes de anticoagulantes e sangramento espontâneo intracraniano ou intravertebral.

167. TESTE DE FLUXO LATERAL PARA DETECÇÃO DE LIPOARABINOMANANO EM URINA (LF-LAM) [\(Incluído pela RN 619/2024, em vigor a partir de 02/01/2025\)](#)

1. Cobertura obrigatória para rastreamento e diagnóstico durante atendimento de pessoa vivendo com HIV (PVHIV) com sinais e sintomas suspeitos de tuberculose (TB).

168. TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 1ª LINHA) [\(Incluído pela RN 619/2024, em vigor a partir de 02/01/2025\)](#)

1. Cobertura Obrigatória para detecção de resistência aos fármacos de 1ª linha (rifampicina, isoniazida e etionamida), utilizados no tratamento para Tuberculose (TB), quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:
 - a. paciente em retratamento;
 - b. paciente com sinais e sintomas de TB e histórico de contato com alguém com TB drogarresistente (TB DR);
 - c. paciente com baciloscopia positiva no 2º mês de acompanhamento de tratamento;
 - d. paciente que apresenta falência ao tratamento com esquema básico; e. paciente com suspeita de resistência, em qualquer momento do tratamento; f. paciente com resistência à rifampicina detectada no TRM-TB.

169. TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO COM SONDA EM LINHA (LPA 2ª LINHA) [\(Incluído pela RN 619/2024, em vigor a partir de 02/01/2025\)](#)

1. Cobertura obrigatória para detecção de resistência aos fármacos de 2ª linha utilizados no tratamento para Tuberculose (fluoroquinolonas e aminoglicosídeos/peptídeos cíclicos), quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:
 - a. paciente com tuberculose drogarresistente (TB DR) aos fármacos de 1ª linha após mutação detectada em teste de sensibilidade genotípico (LPA de 1ª linha);
 - b. paciente com resistência inferida em teste de sensibilidade genotípico (LPA de 1ª linha).

170. IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO [\(Incluído pela RN 619/2024, em vigor a partir de 02/01/2025\)](#)

~~1. Cobertura obrigatória do implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não desejada para pessoas adultas em idade fértil em pelo menos uma das seguintes condições:~~

~~a. em situação de rua;~~

~~b. em uso de medicamentos teratogênicos;~~

~~c. privadas de liberdade;~~

~~d. trabalhadoras do sexo.~~

1. Cobertura obrigatória do implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não desejada em pessoas adultas entre 18 e 49 anos. ([Alterado pela RN nº 642/2025, em vigor a partir de 01/09/2025](#))

2. Cobertura obrigatória do implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não desejada em adolescentes entre 15 e 17 anos. ([Incluído pela RN nº 675/2026, em vigor a partir de 01/07/2026](#))

171. INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR ESQUERDA (DAVE) POR TORACOTOMIA [\(Incluído pela RN 627/2025, em vigor a partir de 17/02/2025\)](#)

1. Cobertura obrigatória do implante do dispositivo de assistência ventricular esquerda (dave) heartmate 3, de fluxo contínuo e centrífugo, para pacientes com insuficiência cardíaca avançada do ventrículo esquerdo, inelegíveis ao transplante de coração (terapia de destino).

172. NTRK – PESQUISA DE MUTAÇÃO [\(Incluído pela RN 652/2025, em vigor a partir de 01/12/2025\)](#)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes pediátricos com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise da presença da fusão do gene NTRK para o início do tratamento.

173. PROSTATECTOMIA RADICAL ASSISTIDA POR ROBÔ [\(Incluído pela RN 654/2025, em vigor a partir de 01/04/2026\)](#)

1. Cobertura obrigatória para o tratamento de pacientes com câncer de próstata localizado ou localmente avançado.

174. ANTI-BETA 2 GLICOPROTEÍNA I – IgM E IgG [\(Incluído pela RN 671/2026, em vigor a partir de 01/07/2026\)](#)

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico da Síndrome Antifosfolípideo (SAF), quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios clínicos:
 - a. um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);
 - b. histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;
 - c. histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfolologicamente normal e sem causa aparente; ou
 - d. histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.