



Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

DUC

Diretrizes de Utilização
CorreiosSaúde

Cobertura de Procedimentos Extra-Rol

(Atualização Novembro/2024)

Diretrizes de Utilização do CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II Cobertura de Procedimentos Extra-Rol

Atualização de Novembro/2024

Objetivo

Este documento visa estabelecer a cobertura e os critérios de autorização para procedimentos extra-Rol, exclusivamente para os Planos CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II.

Todas as solicitações médicas devem ser avaliadas com base nos critérios definidos neste documento. Cabe ao médico auditor avaliar as peculiaridades de cada caso no entendimento do devido enquadramento.

Há um total de 200 (duzentas) Diretrizes e a adição ou remoção delas não poderá alterar a numeração original atribuída a cada Diretriz.

DIRETRIZES

1) ~~10106073 – Junta Médica (três ou mais profissionais) – destina-se ao esclarecimento diagnóstico ou decisão de conduta em caso de difícil solução – por profissional~~

DUC Revogada. Procedimento já previsto pela RN 424 da ANS, de 26/junho/2017, que prevê a Junta Médica em caso de divergência técnica entre a Postal e o Médico Assistente. É solicitado apenas pela Operadora – Postal Saúde. Pode ser documental ou presencial. O beneficiário não participa.

2) 10106103 – Perícia Médica

Procedimento solicitado apenas pela Operadora – Postal Saúde. Será realizado apenas de forma presencial. O beneficiário não participa.

3) 20102097 – Sistema Holter - 12 horas - 2 ou mais canais

Cobertura assegurada quando pertinência técnica no pedido médico. Procedimento em desuso, existe codificação de uso corriqueiro e prevista pelo Rol da ANS vigente, a saber:

- 2.01.02.020 - Holter de 24 horas - 3 canais (digital);
- 2.01.02.011 - Holter de 24 horas - 2 ou mais canais (analógico).

4) 20104170 – Sessão de eletroconvulsoterapia (em sala com oxímetro de pulso, monitor de ECG, EEG), sob anestesia.

Cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Solicitação somente por Médico Psiquiatra, com envio de relatório do profissional responsável pela condução do caso;
- b) O relatório deve conter avaliação prévia do estado clínico do paciente, com ênfase nas condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas;
- c) Apresentação do termo de consentimento informado, por escrito, assinado pelo próprio beneficiário ou por seu representante legal.

5) 20104197 – Sessão de psicoterapia de casal

DUC revogada. Procedimento contemplado pelo Rol da ANS.

6) 20104340 – Cateterismo de canais ejaculadores

Cobertura assegurada apenas para beneficiários do sexo masculino, quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

7) 20104359 – Massagem prostática

Cobertura assegurada de acordo com as seguintes indicações:

- a) Tipo I – Prostatite bacteriana aguda;
- b) Tipo II – Prostatite bacteriana crônica;
- c) Tipo IIIA – Prostatite crônica inflamatória/síndrome de dor pélvica (CP/CPPS);
- d) Tipo IIIB – Prostatite crônica não inflamatória/síndrome de dor pélvica;
- e) Tipo IV- Prostatite inflamatória assintomática/síndrome de dor pélvica.

8) 20104367 – Pneumoperitônio (por sessão)

Cobertura assegurada para os seguintes casos, quando houver perda de domicílio:

- a) Tratamento cirúrgico das Hérnia volumosas;
- b) Tratamento cirúrgico dos grandes defeitos da parede abdominal.

9) 20104375 – Pneumotórax artificial

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

10) 20105029 – Perícia psiquiátrica administrativa

Procedimento solicitado apenas pela Postal Saúde. O beneficiário não coparticipa.

11) 20201079 – Transplante duplo rim-pâncreas - acompanhamento clínico (pós-operatório até 15 dias)

Cobertura assegurada quando cumpridas as determinações legais vigentes para a realização de ambos os transplantes e o procedimento já tiver sido autorizado ou realizado.

12) 30101026 – Alopecia parcial - exérese e sutura

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

13) 30101034 – Alopecia parcial - rotação de retalho

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

14) 30101042 – Alopecia parcial - rotação múltipla de retalhos

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

15) 30101190 – Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores

Cobertura assegurada para pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, evoluindo com

grande perda ponderal, desde que justificado tecnicamente mediante apresentação de relatório médico, apresentação de fotos documentais ou realização de perícia presencial. Obrigatória a assinatura de Termo de Consentimento. Procedimento **bilateral**, passível de realização uma única vez em cada localização da descrição e também da giba nugal, pelos mesmos motivos.

16) 30101395 – Esfoliação química média (por sessão)

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

17) 30101409 – Esfoliação química profunda (por sessão)

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

18) 30101417 – Esfoliação química superficial (por sessão)

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

19) 30101654 – Lasercirurgia (por sessão)

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

20) 30101859 – Tratamento de anomalias pilosas a laser/photoderm - por sessão.

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

21) 30101905 – Tratamento de lesões cutâneas e vasculares a laser/photoderm - por sessão

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

22) 30205220 – Tonsilectomia a laser

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

23) 30205263 – Uvulopalatofaringoplastia por radiofrequência

Cobertura assegurada para os seguintes casos, mediante relatório médico com a indicação:
a) Síndrome de apneia e hipopneia do sono, com sonolência diurna excessiva e índice de apneia/hipopneia maior que cinco por hora de sono na polissonografia;

b) Sem resposta ao tratamento clínico, comprovado por relatório médico.

24) 30205280 – Ressecção de nasoangiofibroma por videoendoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

25) 30301106 – Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral

Cobertura assegurada mediante relatório médico e fotos em PPO (Posição Primária do Olhar) no padrão documental (fotos com placa de identificação ou régua contendo data + iniciais ou nome) demonstrando que a redundância de pele prejudica a visão. Campimetria não deve ser exigida por não haver pertinência para análise. Sem cobertura para correções estéticas, como o excesso de pele e a presença de bolsas. Deve ser diferenciado da ptose palpebral através dos critérios técnicos.

26) 30301270 – Xantelasma palpebral - exérese – unilateral

Cobertura assegurada para xantelasma extensos que resultem em obstrução da visão, comprovados mediante apresentação de fotos para visualizar o diagnóstico sugerido. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

27) 30303036 – Enxerto de membrana amniótica

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico com a indicação:

- a) Reconstrução da superfície ocular em doenças cicatríciais da córnea e conjuntiva, como queimaduras químicas;
- b) Penfigóide ocular cicatricial;
- c) Eritema multiforme;
- d) Síndrome de Stevens-Johnson;
- e) Ceratopatia bolhosa;
- f) Exérese de pterígio recidivado;
- g) Defeito epitelial persistente;
- h) Ceratoconjuntivite primaveril.

28) 30303095 – Transplante de limbo

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico com a indicação:

- a) Queimaduras químicas severas;
- b) Doença de Stevens-Johnson;
- c) Síndrome de Lyell;
- d) Penfigóide Cicatricial.

29) 30308046 – Exérese de tumor de esclera

Cobertura assegurada no caso de tumor de esclera, mediante relatório médico com a indicação ou laudo de exames comprobatórios.

30) 30312051 – Infusão de gás expansor

Também consta no Rol por meio da codificação 30307058 - Infusão de perfluocarbono.

31) 30312116 – Retinotomia relaxante

Cobertura assegurada nos casos de cirurgia vitreoretinal, mediante relatório médico com a indicação.

32) 30501466 – Turbinoplastia por radiofrequência

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Presença de sintomas de obstrução nasal (nariz entupido, boca seca, etc.) que sejam

atribuídos ao aumento de volume das conchas nasais (especialmente nos casos de rinite medicamentosa e rinite alérgica sem melhora com sprays nasais);

b) Ronco e apneia do sono (em casos criteriosamente selecionados).

33) 30501504 – Ozena - tratamento cirúrgico por videoendoscopia

Cobertura assegurada na rinite atrófica, mediante relatório médico com a indicação.

34) 30501512 – Perfuração do septo nasal - correção cirúrgica por videoendoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

35) 30501520 – Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia

Cobertura assegurada nos casos de desvio de septo ósseo com comprometimento **funcional**. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

36) 30501539 – Septoplastia por videoendoscopia

Cobertura assegurada nos casos de desvio de septo cartilaginoso com comprometimento **funcional**. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

37) 30501000 - Antrostomia maxilar, etmoidectomia etc. a laser (abertura de todas as cavidades paranasais a laser)

Cobertura assegurada quando justificada tecnicamente, mediante relatório médico com indicação pertinente.

38) 30502292 – Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

39) 30502349 – Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

40) 30502357 – Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia.

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

41) 30602122 – Correção da hipertrofia mamária – unilateral

Cobertura exclusiva para os casos comprovados de hipertrofia mamária GRAVE ou gigantomastia, **desde que** haja vícios de postura, desconforto, alterações de pele causadas pelas alças do sutiã, dermatite submamária causada por atrito, por suor ou por infecções fúngicas ou bacterianas. A apresentação de toda a documentação abaixo é condição *sine qua non* para a análise das solicitações e enquadramento nesta Diretriz.

- a) Deve haver solicitação médica por relatório contendo **todas** as seguintes informações:
- ✓ Indicação do procedimento;
 - ✓ Diagnóstico de hipertrofia mamária comprovado por exames de imagem e, se houver, histopatológico;
 - ✓ Ocorrência de pelo menos uma das complicações secundárias: (1) vícios de postura e desconforto (com parecer de Ortopedista comprobatório), (2) alterações de pele causadas pelas alças do sutiã, (3) dermatite submamária causada por atrito, por suor ou por infecções fúngicas e/ou bacterianas;
 - ✓ Documentação fotográfica invariavelmente no padrão documental (fotos com placa de identificação ou régua contendo data + iniciais ou nome);

- ✓ Peso e Altura da paciente;
- ✓ Índice de Sacchini de cada mama (ou as medidas “x” e “y” descritas na Fig 2);
- ✓ Dimensões da mama contendo as 05 (cinco) medidas do quadro abaixo:

Quadro 1 – Medidas-Padrão para classificação do tamanho das mamas

Medidas	Proporção Antropométrica “Ideal”	Grave
DI Distância Intermamilar	≤32% da Circunferência Torácica (OU ≤64% do Perímetro Cefálico)	≥35% da Circunferência Torácica (OU ≥70% do Perímetro Cefálico)
DOM e DMU Distâncias Ombro-Mamilo e Mamilo-Linha Umbilical	DOM = ½ DMU	DOM ÷ DMU ≥ 1
CM Circunferência Mamária	<50cm	>55cm
CT Circunferência do Tórax (medida “busto”)	≤60% da altura	> 68% da altura

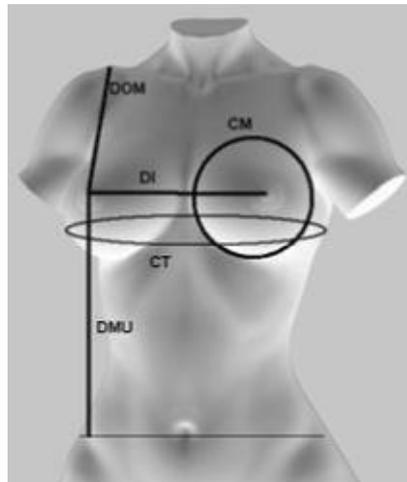


Figura 1 – Proporções Antropométricas das Mamas

A gigantomastia consiste em mamas desproporcionais em relação ao biotipo da paciente, podendo ocasionar alterações de pele, vícios de postura e desconforto. Pode ser facilmente caracterizada na literatura médica através de diversos critérios, sendo o mais utilizado o Índice de Sacchini (IS) por ser simples, objetivo e prático. O IS é aplicado a cada mama **individualmente**, obtendo-se a média entre as seguintes distâncias:

- ✓ Margem do esterno até o centro do mamilo ipsilateral (x);
- ✓ Sulco inframamário até o centro do mamilo ipsilateral (Y).

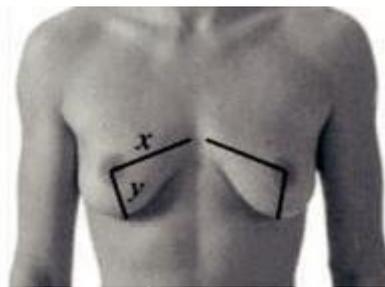


Figura 2 – Índice de Sacchini (IS)

Define-se, assim, o tamanho das mamas de forma objetiva para cada mama:

- ✓ **IS até 9:** mama pequena;
 - ✓ **IS entre 9 e 11:** mama de tamanho médio;
 - ✓ **IS a partir de 11:** mama grande;
 - ✓ **IS a partir de 13:** mama gigante, gigantomastia.
- b) Para fins de cobertura, a classificação da HIPERTROFIA como GRAVE ou de GIGANTOMASTIA corresponde à identificação no Quadro 1 de pelo menos 2 medidas-padrão como graves (última coluna) ou a um IS (Índice de Sacchini) ≥ 13 .
- c) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO. A cobertura está **excluída** nos seguintes casos, mesmo com o enquadramento positivo acima:
- ✓ Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²);
 - ✓ Hipertrofia leve ou moderada (menos que 2 medidas-padrão graves);
 - ✓ Lipomastia, salvo se houver gigantomastia pelos critérios acima;
 - ✓ Ptose mamária sem hipertrofia grave ou gigantomastia pelos critérios acima;
 - ✓ Indicação por flacidez ou estrias;
 - ✓ Complicação decorrente de procedimento não coberto ou não autorizado.
- d) Caso necessário, poderá ser solicitada perícia presencial para melhor avaliação.

Enquanto a gigantomastia se refere ao tamanho das mamas, a hipertrofia mamária se refere à composição tecidual da mama que causou o seu aumento, ou seja, o desenvolvimento excessivo da **glândula mamária**. A hipertrofia mamária não deve ser confundida com a lipomastia, em que o volume mamário é composto por tecido adiposo (gorduroso) em vez de glandular. A diferença entre os diagnósticos é observada por exames de imagem e deve ser levada em conta na análise das solicitações de 3.06.02.122 – Correção da hipertrofia mamária – unilateral. Não cabe autorização de outro código para esta DUC como, por exemplo, Reconstrução Mamária e Mamoplastia.

REFERÊNCIAS

- Vilar, L. *Endocrinologia Clínica*. 4a ed. Guanabara Koogan, RJ, 2009. p.543.
- Nordt CA, DiVasta AD. Gynecomastia in Adolescents. *Curr Opin Pediatr*, Agosto/2008, 20(4):375-82.
- Ferreira LM. *Guia de Cirurgia Plástica*. 1a ed. Schor N, editor da série. Barueri: Manole 2007. 589p.
- Braunstein, GD. Gynecomastia. *N Engl J Med* Fev/1993, 18;328(7):490-5.
- *Human Anatomy Fundamentals*. Acessado em 11 de setembro de 2020: <https://design.tutsplus.com/pt/articles/human-anatomy-fundamentals-basic-body-proportions-vector-18254>.
- *Pesquisa do Senai define os padrões de medidas do corpo dos brasileiros*. Acessado em 11 de setembro de 2020: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/07/pesquisa-do-senai-define-os-padroes-de-medidas-do-corpo-dos-brasileiros.html#:~:text=Os%20homens%20t%C3%AAm%20em%20m%C3%A9dia,cintura%20e%2010%20de%20quadril>.

42) 30726298 – Transplantes homólogos ao nível do joelho – tratamento cirúrgico

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Lesões condrais e osteocondrais grandes do joelho (>2cm²) em que o tamanho da lesão contraindique outros tipos de procedimento de reparo da cartilagem;
- b) Na falha de outras técnicas utilizadas para as lesões osteocondrais, como microfraturas, desbridamento, mosaicoplastia e transplante autólogo de condrócitos.

43) 30803187 – Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral por videotoracoscopia

Cobertura assegurada nos casos de enfisema predominante em lobos superiores e capacidade de exercício baixa, mediante relatório médico com a indicação.

44) 30803195 – Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

45) 30805201 – Ligadura de artérias brônquicas para controle de hemoptise por vídeo

Cobertura assegurada apenas nos casos de pacientes com hemoptise maciça ou moderada, ou hemoptise de repetição, mediante relatório médico com a indicação.

46) 30805210 – Ligadura de ducto-torácico por vídeo

Cobertura assegurada nos casos de falha dos tratamentos conservadores do quilotórax, mediante relatório médico com a indicação.

47) 30805287 – Tratamento da mediastinite por vídeo

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

48) 30806054 – Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

49) 30917026 – Cardiomioplastia

Cobertura assegurada quando justificada tecnicamente, mediante relatório médico com a indicação, como alternativa ao transplante cardíaco no tratamento de cardiomiopatias isquêmicas ou dilatadas em fase avançada.

50) 31001300 – Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscopia

Cobertura assegurada nas lesões neoplásicas justificadas tecnicamente, mediante relatório médico com a indicação.

51) 31001327 – Tratamento cirúrgico das varizes esofágicas por videolaparoscopia

Cobertura assegurada nos casos de sangramento não controlado por medidas farmacológicas ou endoscópicas, mediante relatório médico com a indicação.

52) 31001351 – Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoracoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

53) 31002293 – Conversão de anastomose gastrojejunal por videolaparoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

54) 31002358 – Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

55) 31002366 – Gastrotomia para retirada de CE ou lesão isolada por videolaparoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

56) 31002404 – Vagotomia gástrica proximal ou superseletiva com duodenoplastia (operação de drenagem) por videolaparoscopia

Cobertura assegurada no tratamento de úlceras duodenais crônicas, mediante relatório médico com a indicação.

57) 31006124 – Cisto pancreático - cistojejunoanastomose - tratamento cirúrgico

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

58) 31006132 – Cisto pancreático - gastroanastomose - tratamento cirúrgico

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

59) 31101593 – Cisto de supra-renal - tratamento cirúrgico

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

60) 31102573 – Ureteroenterostomia cutânea – unilateral

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

61) 31102581 – Ureterolitotripsia transureteroscópica

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

62) 31103570 – Colo vesical - ressecção cirúrgica

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

63) 31103588 – Tumor vesical, ressecção a céu aberto

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

64) 31104258 – Ressecção de corda da uretra

Cobertura assegurada nos casos de hipospádia, mediante relatório médico com a indicação.

65) 31104266 – Uretrotomia externa para retirada de cálculo ou corpo estranho

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

66) 31201083 – Hipertrofia prostática - hipertermia ou termoterapia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório.

67) 31201164 – Hipertrofia prostática - tratamento por diatermia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório.

68) 31202055 – Plástica escrotal

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Trauma;
- b) Neoplasia;
- c) Síndrome de Fournier;
- d) Varicocele.

69) 31205089 – Vasostomia

Cobertura assegurada apenas nos seguintes casos:

- a) Drenagem de abscesso do canal deferente;
- b) Drenagem de sêmen;
- c) Retirada de corpo estranho.

70) 31206131 – Implante de prótese inflável

Cobertura assegurada na disfunção erétil, mediante relatório médico com a indicação.

71) 31401392 – Trepanação para propedêutica neurocirúrgica

Cobertura assegurada na investigação diagnóstica e na colocação de catéter para monitorização intracraniana (PIC), mediante relatório médico com a indicação.

72) 31502016 – Transplante cardíaco (doador)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante cardíaco for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

73) 31502024 – Transplante cardíaco (receptor)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante cardíaco for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

74) 31503012 – Transplante cardiopulmonar (doador)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante duplo cardiopulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

75) 31503020 – Transplante cardiopulmonar (receptor)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante duplo cardiopulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

76) 31504019 – Transplante pulmonar (doador)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

77) 31504027 – Transplante pulmonar unilateral (receptor)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

78) 31505015 – Transplante hepático (receptor)

DUC revogada. Cobertura já assegurada pelo Rol da ANS vigente, desde que o beneficiário candidato a receptor de transplante hepático seja elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e faça parte da lista única de espera oficial.

79) 31505023 – Transplante hepático (doador)

DUC revogada. Cobertura já assegurada pelo Rol da ANS vigente, desde que o beneficiário candidato a receptor de transplante hepático seja elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e faça parte da lista única de espera oficial.

80) 31507018 – Transplante pancreático (receptor)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pancreático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

81) 31507026 – Transplante pancreático (doador)

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pancreático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

82) 40103781 – Audiometria ocupacional ou de seleção

Cobertura assegurada somente a pedido da mantenedora.

83) 40103811 – Eletrodiagnóstico

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

84) 40201317 – Medida de pressão de varizes de esôfago endoscópica

Cobertura assegurada para classificação das varizes em pacientes com hipertensão portal, mediante relatório médico com a indicação.

85) 40202070 – Cistoenterostomia com colocação de prótese ou dreno

Cobertura assegurada para pacientes com pancreatite crônica com cisto pancreático, mediante relatório médico com a indicação.

86) 40202755 – Colonoscopia com tratamento de fístula

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

87) 40301338 – Anfetaminas, pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada somente por ordem judicial, não é necessário pedido médico. Arquivar o mandado judicial no lugar do pedido médico.

88) 40302148 – Isomerase fosfohexose - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada para as seguintes hipóteses diagnósticas, mediante pedido médico contendo a indicação:

- a) Doença de Von Gierke - Deficiência de glicose-6-fosfatase;
- b) Doença de Pompe - Deficiência de α -glicosidase;
- c) Doença de Cori - Deficiência da enzima desramificadora;
- d) Doença de Andersen - Deficiência da enzima ramificadora.

89) 40302210 – Lipoproteína (a) - Lp (a) - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada para avaliação de pacientes com fator de risco independente, significativo de aterosclerose, sobretudo nas coronariopatias e, provavelmente, de acidente vascular cerebral e aneurismas abdominais, mediante pedido médico contendo a indicação.

90) 40302660 – Mucoproteínas – pesquisa e/ou dosagem

DUC Revogada. Procedimento excluído da TUSS e substituído pela 40301257 Alfa-1-glicoproteína ácida - pesquisa e/ou dosagem, presente no Rol da ANS.

“O exame de alfa-1-glicoproteína ácida (GPA) é o equivalente ao exame de mucoproteínas. A GPA é uma proteína que pode ser quantificada no sangue para diagnosticar e acompanhar processos agudos, como infecções, inflamações e traumas”.

91) 40302849 – Vitamina K,- pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

92) 40303047 – Eosinófilos, pesquisa nas fezes

Cobertura assegurada na hipótese diagnóstica de enterocolopatias causadas por parasitose intestinal ou por processos alérgicos, mediante pedido médico contendo a indicação. Eventualmente, os eosinófilos se associam a cristais de Charcot-Leyden nas fezes.

93) 40303195 – Gordura fecal, pesquisa de

Cobertura assegurada na investigação de esteatorreia, devido a deficiência da digestão e/ou absorção das gorduras, doença pancreática crônica, doença celíaca, enteropatias bacterianas e virais, mediante pedido médico contendo a indicação. Este exame é qualitativo (resultado positivo ou negativo), não confundir com 4.03.03.055 – Gordura fecal, dosagem, que é quantitativo (resultado numérico) e é coberto pelo Rol.

94) 40304329 – Hemácias fetais, pesquisa

Cobertura assegurada na suspeita de Eritroblastose fetal, também denominada doença de Rhesus, doença hemolítica por incompatibilidade RH ou doença hemolítica do recém-nascido (DHRN), mediante pedido médico contendo a indicação.

95) 40304400 – Inibidor do TPA (PAI) - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada nos estados de hipercoagulabilidade, eventos tromboembólicos agudos, doenças malignas, sepse, síndrome metabólica, hipotireoidismo, pós-operatório e durante a gestação, mediante pedido médico contendo a indicação.

96) 40304744 – Imunofenotipagem para perfil imune

Cobertura assegurada quando houver dúvida na biópsia quanto ao tipo histológico em caso de tumores, mediante relatório médico com a indicação.

97) 40304795 – Células LE – pesquisa e/ou dosagem

DUC Revogada. Procedimento obsoleto, excluído da TUSS e substituído pelo 4.03.06.852 – Fator antinúcleo, (FAN) - pesquisa e/ou dosagem, que consta no Rol.

98) 40305759 – Hormônio gonadotrófico coriônico qualitativo (HCG-Beta- HCG) – pesquisa

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Este exame é qualitativo (resultado positivo/negativo), não confundir com 4.03.05.767 – Hormônio gonadotrófico coriônico quantitativo (HCG-Beta-HCG) – dosagem, que é quantitativo (resultado numérico) e coberto pelo Rol. (descrição TUSS equivocada: *Gonodotrófica*).

99) 40306828 – Equinococose, IDR - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Não confundir

com 4.03.06.810 – Equinococose (Hidatidose), reação sorológica, coberto pelo Rol.

100) 40306836 – Esporotricose, reação sorológica

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

101) 40307239 – IgA na saliva - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

102) 40307310 – Imunocomplexos circulantes - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada na suspeita de artrite reumatóide ou Lúpus em atividade, mediante relatório médico com a indicação. Não confundir com 4.03.07.328 – Imunocomplexos circulantes, com células Raji - pesquisa e/ou dosagem, sem cobertura (nem pelo Rol nem pela DUC).

103) 40307360 – Ito (cancro mole), IDeR - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

104) 40307506 – Mantoux, IDeR

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

105) 40307514 – MCA (antígeno cárcino-mamário) - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada para portadoras de neoplasia maligna de mama, mediante relatório médico com indicação pertinente.

106) 40307662 – Proteína eosinofílica catiônica (ECP) - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada na suspeita de asma ou DPOC, mediante pedido médico contendo a indicação.

107) 40307778 – Teste de inibição da migração dos linfócitos (para cada antígeno)

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

108) 40307816 – Toxoplasmina, IDeR

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

109) 40307891 – Widal, reação de

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

110) 40308065 – Gonococo - hemaglutinação (HA)

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

111) 40308081 – Hidatidose (equinococose) IDi dupla - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

112) 40308197 – Vírus sincicial respiratório - pesquisa direta

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

113) 40308200 – Weil Felix (Rickettsiose), reação de aglutinação

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

114) 40308324 – Gonococo - IgG - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

115) 40308332 – Gonococo - IgM - pesquisa e/ou dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

116) 40310469 – Cultura para listeria

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

117) 40310574 – Trichomonas, cultura para

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

118) 40310582 – Yersinia enterocolitica

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

119) 40311260 – Acidez titulável - pesquisa e/ou dosagem na urina

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

120) 40311287 – Beta mercapto-lactato-dissulfidúria, pesquisa - na urina

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

121) 40311384 – Sobrecarga de água, prova - na urina

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

122) 40311414 – Ferro urinário (urina 24h)

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

123) 40311449 – MDMA (Éxtase), triagem (urina)

Cobertura assegurada apenas em casos de urgência/emergência com suspeita de overdose por Ecstasy, mediante pedido médico contendo a indicação.

124) 40312208 – Cristalografia análise de cálculo

Cobertura assegurada em casos de litíase, mediante pedido médico contendo a indicação.

125) 40312216 – Esclerose múltipla, painel

Cobertura assegurada na necessidade de confirmação do diagnóstico de esclerose múltipla, mediante pedido médico contendo a indicação.

126) 40312275 – Pepsinogenio 2

Cobertura assegurada na suspeita de gastrite severa e neoplasia gástrica, mediante pedido médico contendo a indicação.

127) 40312291 – Proteína 14-3-3

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

128) 40321070 – Dosagem de cortisona

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

129) 40321193 – Haloperidol, dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

130) 40321290 – Isoenzimas de CPK

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

131) 40321525 – Reserpina, dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

132) 40321541 – Risperidona, dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente (descrição TUSS equivocada: Respiridona). Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem

133) 40321592 – Tioridazina, dosagem

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

134) 40321657 – Trifluoperazina, dosagem soro

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

135) 40323234 – Coxsackie A,

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

136) 40323757 – Rubéola, IHA para

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

137) 40404110 – PCR em tempo real para diagnóstico de adenovírus

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

138) 40404153 – PCR em tempo real para os vírus parainfluenza e influenza

DUC revogada. Cobertura assegurada pelo Rol da ANS, DUT 129 - PCR EM TEMPO REAL PARAINFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) (Incluído pela RN nº 457, de 28 de maio de 2020): “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).”

139) 40404161 – PCR em tempo real para vírus respiratório sincicial

DUC revogada. Cobertura assegurada pelo Rol da ANS, DUT 131 - PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) (Incluído pela RN nº 457, de 28 de maio de 2020): “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).”

140) 40601064 – Microscopia eletrônica

Cobertura assegurada para casos de comprovada ineficácia da microscopia convencional, mediante relatório médico com indicação pertinente. Não poderá ser autorizado para pesquisa médica ou procedimentos não regulamentados pelo CFM.

141) 40805085 – RX - Abreugrafia 100 mm

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente, **obsoleto**.

142) 40805093 – RX - Abreugrafia 35 ou 70 mm

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente, **obsoleto**.

143) 40809013 – Ductografia (por mama)

DUC Revogada. Procedimento obsoleto, sem TUSS e sem CBHPM. Substituído por outros exames de imagem, como 4.11.01.480 – RM - Mama (bilateral) e 4.09.01.114 – US - Mamas.

144) 40814122 – Trituração de calcificação tendínea orientada por RX ou US

Cobertura assegurada mediante comprovação da calcificação por laudos de imagem acompanhados por relatório médico.

145) 41001087 – TC - Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano

Cobertura assegurada na suspeita de doença aterosclerótica de coronárias, mediante relatório médico com a indicação e com exames anteriores.

146) 41001192 – TC - Escanometria digital

Cobertura assegurada na impossibilidade de realização da escanometria convencional, mediante relatório médico com a indicação.

147) 41001206 – TC - Reconstrução tridimensional de qualquer órgão ou estrutura - acrescentar ao exame de base

Cobertura assegurada na necessidade de avaliação de um órgão específico por reconstrução 3D, mediante relatório médico com a indicação.

148) 41001214 – Endoscopia virtual de qualquer órgão ou estrutura por TC - acrescentar ao exame de base

Cobertura assegurada na impossibilidade de realizar a endoscopia convencional, mediante relatório médico com a indicação.

149) 41001486 – Angiotomografia venosa de membro inferior

Cobertura assegurada na dificuldade de diagnóstico por ecodoppler, mediante relatório médico com a indicação.

150) 41101049 – Estudo funcional (mapeamento cortical por RM)

Cobertura assegurada na dificuldade de planejamento cirúrgico de reconstruções do sistema nervoso central, mediante relatório médico com a indicação.

151) 41101375 – Endoscopia virtual por RM - acrescentar ao exame de base

Cobertura assegurada no impedimento de realizar a endoscopia convencional e a Endoscopia Virtual por TC, mediante relatório médico com indicação pertinente.

152) 41101383 – RM - Reconstrução tridimensional - acrescentar ao exame de base

Cobertura assegurada na necessidade de visualização do órgão em questão e a impossibilidade da reconstrução por TC, mediante relatório médico com a indicação.

153) 41101634 – RM - Endorretal

Cobertura assegurada para distinção entre tumores confinados à próstata e aqueles com extensão extraprostática, mediante relatório médico com a indicação.

154) 41101642 – RM - Endovaginal

Cobertura assegurada para estudo pormenorizado da endometriose, útero ou ureteres, mediante relatório médico com a indicação.

155) 41203160 – Radioterapia Intra-operatória (IORT) - por tratamento

Cobertura assegurada pelo Rol da ANS vigente para a 4.12.03.216 – Radioterapia intra-operatória por elétrons (IOeRT), que é uma modalidade da IORT (DUT 147 - RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO: “Câncer de mama inicial com diâmetro de até 2,0 cm, classificado como grau I ou II, margens livres, ausência de comprometimento axilar e não triplo negativo durante a cirurgia de mastectomia conservadora”).

Para os demais casos, cobertura assegurada na neoplasia mamária com necessidade de radioterapia intraoperatória por Raios-X, mediante relatório médico circunstanciado.

156) 41203178 – Radioterapia Rotatória com acelerador linear com fótons e elétrons - por volume tratado e por dia

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico com a indicação. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos casos inoperáveis.

157) 41203186 – Radioterapia Rotatória com acelerador linear só com fótons - por volume tratado e por dia

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico com a indicação. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos casos inoperáveis.

158) 41203194 – Radioterapia Rotatória com unidade de cobalto - por volume tratado e por dia

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico com a indicação. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos cânceres inoperáveis.

159) 41301404 – Avaliação da função muscular por movimento manual (por membro)

Cobertura assegurada na necessidade da prova muscular isolada como mais importante do que a dos grupos musculares para diagnóstico das afecções neuromusculares, mediante relatório médico com a indicação. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

160) 41301412 – Calorimetria direta

Cobertura assegurada na necessidade da avaliação na aptidão cardiovascular nos casos em que for necessário quantificar a carga máxima para cada exercício de resistência, mediante relatório médico com a indicação.

161) 41301455 – Olfatometria

Cobertura assegurada nas alterações sensitivas do olfato, mediante relatório médico com a indicação.

162) 41401050 – Prova de Lombard

Cobertura assegurada nas alterações de reflexos motores e/ou sensitivos, mediante relatório médico com a indicação.

163) 41401093 – Teste de adaptação patológica (tone decay test)

Cobertura assegurada na necessidade de adaptação auditiva, mediante relatório médico com a indicação.

164) 41401115 – Teste de caminhada de 6 minutos

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da tolerância ao exercício e da saturação de oxigênio durante um exercício submáximo ou caracterizar o grau de comprometimento em pacientes com doenças pulmonares, especialmente DPOC. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

165) 41401123 – Teste de desempenho anaeróbico em laboratório (T. de Wingate)

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da capacidade e a potência anaeróbicas e investigar as mudanças nas concentrações musculares de ATP, CP, glicogênio e lactato. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

166) 41401140 – Teste de exercício dos 4 segundos

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da disfunção autonômica, frequentemente às custas da diminuição da atividade parassimpática em doenças cardiovasculares. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

167) 41401158 – Teste de exercício em ergômetro com determinação do lactato sanguíneo

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de diagnóstico diferencial de miopatias e isquemias e da investigação de pacientes com câimbras, mioglobínúria e episódios de CK total elevado. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

168) 41401280 – Teste de SISI

Cobertura assegurada na determinação de lesão coclear, mediante relatório médico com a indicação.

169) 41401417 – Testes de aptidão em laboratório (agilidade, equilíbrio, tempo de reação e coordenação)

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação de variáveis clínicas, eletrocardiográficas, hemodinâmicas e respiratórias que refletem os ajustes cardiovasculares e respiratórios desencadeados pelo exercício, quando for fundamental para permitir estabelecer prognóstico, avaliar terapêutica e orientar a indicação correta de transplantes cardíacos. Não há cobertura para desempenho de atletas.

170) 41401549 – Teste de monitorização contínua da glicose (TMCG)

Cobertura assegurada na necessidade de ajustes terapêuticos na diabetes de difícil controle, mediante relatório médico com a indicação.

171) 41401573 – Estudo cito-alergológico (ECA)

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

172) 41401590 – Teste de imagens

Cobertura assegurada para casos de transtorno de personalidade, mediante pedido médico contendo a indicação.

173) 41401603 – Teste de Teller – binocular

Cobertura assegurada para definição da visão binocular em crianças, mediante pedido médico contendo a indicação.

174) 41401611 – Teste de Wepmann

Cobertura assegurada para casos de avaliação da discriminação auditiva dos fonemas parecidos, dificuldade nos movimentos articulatórios e da não discriminação auditiva, mediante pedido médico contendo a indicação.

175) 41401620 – Teste sensibilidade ao sal

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

176) 41401638 – Teste suplementar de sensibilidade

Cobertura assegurada para detecção de genes de mutações, principalmente para TB multidroga resistente/MDR, mediante pedido médico contendo a indicação.

177) 41401662 – Teste de estimulação músculo-esquelética “in vitro” (mínimo seis)

Cobertura assegurada para casos de patologias que ocasionam dor crônica musculoesquelética, mediante pedido médico contendo a indicação.

178) 41501110 – Medida de índice de artelhos com registro gráfico

Cobertura assegurada para casos de Artroses, Artrite Reumatóide e alterações ósseas de origem genética, mediante relatório médico com a indicação.

179) 41501136 – Termometria cutânea (por lateralidade: pescoço, membros, bolsa escrotal, por território peniano)

Cobertura assegurada mediante relatório médico com indicação para auxílio diagnóstico de dores crônicas, especialmente as de difícil identificação, ou nos casos com tratamentos já realizados sem resultados satisfatórios. Não confundir com 4.13.01.412 – Calorimetria Direta e 4.13.01.064 – Calorimetria indireta (ambulatorial) exame.

180) 41501179 – Fotopletismografia (venosa ou arterial) por lateralidade ou segmento

Cobertura assegurada na necessidade de avaliação de insuficiência venosa, varizes e dores nas pernas quando o Doppler não for suficiente ou não fizer o diagnóstico, mediante relatório médico com indicação pertinente.

181) 41501187 – Medida de pressão segmentar (nos quatro segmentos)

Cobertura assegurada na detecção de fatores de risco para eventos cardiovasculares, Aterosclerose, Vasculite infecciosa, Anomalias congênitas, Hipertensão e

Hiperlipoproteinemia, mediante relatório médico com indicação pertinente comprovando a necessidade.

182) 41501217 – Injeção intracavernosa

Cobertura assegurada na disfunção erétil secundária a neuropatia diabética quando a medicação oral não for efetiva, mediante relatório médico com indicação pertinente. Cobertura apenas nas seguintes causas:

- a) Disfunções arteriogênicas;
- b) Neurogênicas;
- c) Impotência psicogênica refratária a outros tratamentos;
- d) Impotência provenientes de algumas drogas;
- e) Impotência mista.

Contraindicações absolutas para autorização:

- f) Alterações de coagulação;
- g) Distúrbios psiquiátricos severos;
- h) Priapismos de repetição;
- i) Doenças cardiovasculares.

183) 41501241 – Perfil de pressão uretral

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

184) 41501250 – Pressão intra abdominal urológica

Cobertura assegurada mediante pedido médico com indicação pertinente.

185) 50000241 – Consulta domiciliar em fisioterapia

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Pós-operatório de cirurgia neurológica;
- b) Imobilização gessada bilateral dos membros inferiores;
- c) Fratura do quadril em tratamento conservador;
- d) Pós-operatório de artroplastia do quadril;
- e) Cirurgias ortopédicas de grande porte;
- f) Tetraplegia;
- g) Restritos ao leito com fratura vertebral, DPOC severa ou seqüela de AVC.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

186) 50000250 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Pós-operatório de cirurgia neurológica;
- b) Tetraplegia;
- c) Beneficiários restritos ao leito com fratura vertebral ou seqüela de AVC.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

187) 50000268 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Imobilização gessada bilateral dos membros inferiores;
- b) Fratura do quadril em tratamento conservador;

- c) Pós-operatório de artroplastia do quadril;
- d) Cirurgias ortopédicas de grande porte;
- e) Beneficiários restritos ao leito com fratura vertebral.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

188) 50000276 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito com DPOC severa, mediante relatório médico comprobatório.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

189) 50000284 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito com sequela de AVC, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

190) 50000292 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a queimaduras, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

191) 50000306 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a patologias vasculares, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

192) 50000314 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condição cirúrgica ou a processo de recuperação de tecidos, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

193) 50000322 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar por alterações endócrino-metabólicas

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condições endocrinometabólicas, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

194) 50000330 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho gênito-urinário e reprodutor

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condições patológicas relacionadas ao aparelho genitourinário, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

195) 50000837 – Fisioterapia aquática individual (Hidroterapia)

Cobertura assegurada mediante pedido médico contendo uma das seguintes indicações:

- a) Hérnia de disco;

- b) Osteoartrose;
- c) Síndrome do impacto;
- d) Neurites periféricas e neurites;
- e) Condromalácia;
- f) Lesões de ligamentos e meniscos dos joelhos;
- g) Capsulite e tenossinovites;
- h) Radiculopatias;
- i) Distúrbios musculares (roturas e estiramentos);
- j) Doenças neurológicas

Serão autorizadas no máximo 24 (vinte e quatro) sessões no período de 12 (doze) meses, contado a partir da primeira sessão.

196) 50000446 – Reeducação Postural Global - RPG

Cobertura assegurada mediante pedido médico contendo a indicação, quando ocorrer falha no tratamento convencional, apenas para as seguintes condições:

- a) Má postura;
- b) Cervicalgia;
- c) Cervicobraquialgia;
- d) Dorsalgia;
- e) Lombalgia postural;
- f) Lombociatalgia;
- g) Cifose;
- h) Hiperlordose lombar;
- i) Escoliose;
- j) Geno valgo e geno varo;
- k) Discrepância de comprimento de membros;
- l) Hérnia discal de grau leve;
- m) Tenossinovite;
- n) Fibromialgia;
- o) Bexiga neurogênica;
- p) Deformidades congênitas;
- q) Empregado em readaptação funcional

O plano de tratamento terá o limite de 24 sessões em um período de 12 meses, contado a partir da primeira sessão, sendo no máximo 1 sessão por semana.

197) 69801018 – Diária De Internação Domiciliar - Alta Complexidade

Cobertura assegurada para pacientes internados em regime hospitalar com quadro clínico estável, mediante pedido médico com indicação pertinente contendo o quadro clínico, justificativa para a desospitalização e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 24 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

*Como definido acima, serviço assegurado apenas a beneficiários hospitalizados.

198) 69801019 – Diária de Internação Domiciliar - Média Complexidade I

Cobertura assegurada para pacientes internados em regime hospitalar com quadro clínico estável, mediante pedido médico com indicação pertinente contendo o quadro clínico, justificativa para a desospitalização e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 12 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação

- utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

*Como definido acima, admissão ao serviço apenas a beneficiários hospitalizados.

199) 69801020 – Diária de Internação Domiciliar - Média Complexidade II

Cobertura assegurada para pacientes já internados em regime domiciliar com quadro clínico estável, mediante pedido médico com indicação pertinente contendo o quadro clínico e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 06 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

*Como definido acima, serviço assegurado apenas a beneficiários já em regime domiciliar.

200) 69802004 – Oxigenoterapia Domiciliar

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico contendo uma das seguintes indicações:

- a) Fibrose cística com manifestações pulmonares;
- b) Apneia do sono;
- c) Embolia pulmonar;
- d) Hipertensão pulmonar, primária ou secundária;
- e) DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica);
- f) Bronquiectasia;
- g) Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses);
- h) Doenças intersticiais pulmonares;
- i) Insuficiência respiratória crônica;
- j) Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.