

Ministério da Saúde

**Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação
SAF Sul, Ed. Premium - Torre II, 3º Andar, Sala 303
70070-600 - Brasília/DF - Fone: (61) 3315-5873**

NOTA TÉCNICA nº 07/2022 de 25/06/2022 - CGSI

Brasília, 01/07/2022.

Considerando as Portarias e demais documentos relacionados no informe abaixo, esta Coordenação Geral de Sistemas de Informação torna pública as alterações ocorridas nos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, referentes à competência Julho de 2022 conforme Informe abaixo:

Índice

Novos Procedimentos	1
Procedimentos Revogados	3
Alterações em Procedimentos	4
Novas Compatibilidades	16

Novos Procedimentos**PORTRARIA nº 189 de 09/06/2022 - SAES****02.02.03.134-9 - TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DE MARCADORES DE MYCOBACTERIUM, EM AMOSTRAS DE BIÓPSIA DE PELE OU DE NERVOS.**

CONSISTE NO TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR DE REAÇÃO EM CADEIA POLIMERASE EM TEMPO REAL (qPCR) PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DE MARCADORES ESPECÍFICOS DE MATERIAL GENÉTICO DE MYCOBACTERIUM LEPRAE PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENIASE, EM AMOSTRAS DE BIÓPSIA DE PELE OU DE NERVOS.

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 05 - AIH (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92
Serviços Classificação	145-003
RENASES	090 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Microbiológicos, 096 - Exames Hormonais

02.02.03.135-7 - TESTE QUALITATIVO IN VITRO , PARA DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUMLEPRAE RESISTENTE À RIFAMPICINA E/OU DAPSONA E/OU OFLOXACINO, EM PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENIASE E COM SUSPEITA DE RESISTÊNCIA AANTIMICROBIANOS.

CONSISTE DE TESTE QUALITATIVO IN VITRO, POR AMPLIFICAÇÃO DE DNA E HIBRIDIZAÇÃO REVERSA EM FITA DE NITROCELULOSE, PARA DETECÇÃO DEMYCOBACTERIUM LEPPRAERESISTENTE A RIFAMPICINA/OU DAPSONA E/OU OFLOXACINO EM PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENIASE E COM SUSPEITADE RESISTÊNCIA AANTIMICROBIANOS

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 05 - AIH (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92, U89, U898, U899, Z911
RENASES	090 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Microbiológicos, 096 - Exames Hormonais

02.14.01.017-1 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGM ANTI-MYCOBACTERIUM LEPRAE

CONSISTE DE TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS IGM ANTI-MYCOBACTERIUM LEPRAE PARA DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR DE HANSENIASE. SUA REALIZAÇÃO NÃO NECESSITA DE ESTRUTURA LABORATORIAL PARA SUA EXECUÇÃO.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	1
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223405, 223415, 223505, 225125, 225130, 225142, 322205, 322230, 322245, 322250
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92
RENASES	081 - Diagnósticos por Testes Rápidos

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES

01.01.04.011-3 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE FERRO

CONSISTE EM AÇÃO PREVENTIVA DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO BASEADA NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO (PNSF) PARA AS CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE, GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO E/OU PÓS-ABORTO. AS SUPLEMENTAÇÕES DEVEM SER REGISTRADAS NA CADERNETA DA CRIANÇA E NA CADERNETA DA GESTANTE E FICHA PERINATAL. AS CONDUTAS DEVEM SEGUIR O MANUAL DO PROGRAMA VIGENTE.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	1
Tipo de Financiamento	01 - Atenção Básica (PAB)
Instrumentos de Registro	10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde)
Sexo	Ambos
Idade	De 5 meses a 49 anos
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Categorias de CBO	2231 - Médicos, 2234 - Farmacêuticos, 2235 - Enfermeiros e Afins, 2237 - Nutricionistas, 2251 - Médicos Clínicos, 2252 - Médicos em Especialidades Cirúrgicas, 2253 - Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica, 3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

PORTARIA nº 1.369 de 06/06/2022 - GM

02.02.11.015-0 - PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

CONSISTE NO EXAME SOROLOGICO PARA TRIAGEM DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA EM RECÉM-NASCIDOS, EM AMOSTRAS DE SANGUE COLETADO EM PAPEL-FILTRO NO TESTE DO PEZINHO, MÁXIMO DE 1 (UM) PROCEDIMENTO POR RECÉM-NASCIDO.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 1 mês
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 8,19; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
Serviços Classificação	145-012
Habilidades	1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM

03.01.04.016-8 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO

CONSISTE EM PROCEDIMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE VALORES PARA A COBERTURA DE CONSULTAS PRÉ-ANESTÉSICA E PARA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO, SE COUBER, BEM COMO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM EVENTUALMENTE NECESSÁRIOS PREVIAMENTE À REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS.

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0079 - Pré-cirúrgico em Cirurgias Prioritárias
Instrumentos de Registro	04 - AIH (Proc. Especial), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 56,56; Hospitalar: R\$ 56,56; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 2231F9, 223415, 225120, 225124, 225125, 225127, 225142, 225150, 225170, 225185, 225225, 225230, 225270, 225320, 225335
Serviços Classificação	121-001, 122-003, 145-001, 145-002, 145-005
RENASES	076 - Diagnóstico por Imagem, 086 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Bioquímicos, 088 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames de Uroanálise, 089 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Hematológicos e Hemostasia, 102 - Métodos Diagnósticos em Cardiologia

PORTARIA nº 211 de 29/06/2022 - SAES

06.04.38.012-7 - ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR A)

ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS VIGENTE. PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 3 (TRÊS) SERINGAS PREENCHIDAS NO CASO DE DOENÇA DE CROHN (CID-10:K50.0, K50.1, K50.8), UVEÍTES NÃO INFECTIOSA (CID-10: H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8), PSORÍASE (CID-10:L40.0, L40.1, L40.4, L40.8 E HIDRADENITE SUPURATIVA (CID-10: L73.2)

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	3
Tipo de Financiamento	02 - Assistência Farmacêutica
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	7
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CIDs principais	H150, H201, H301, H302, H308, K500, K501, K508, L400, L401, L404, L408, L732, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M072, M073, M080, M081, M082, M083, M084, M088, M089, M45, M468
Serviços Classificação	125-001

06.04.86.001-3 - IVACAFTOR 150 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	3
Tipo de Financiamento	02 - Assistência Farmacêutica
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 6 anos a 130 anos
Qtd. Max.	62
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CIDs principais	E840, E848
Serviços Classificação	125-001

Procedimentos Revogados

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES

01.01.04.006-7 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE FERRO

Alterações em Procedimentos

PORTARIA nº 15 de 07/01/2022 - SAES

01.01.01.001-0 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.01.002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.01.003-6 - PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.03.002-9 - VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.04.002-4 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.001-1 - PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.002-0 - TERAPIA COMUNITÁRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.004-6 - YOGA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.005-4 - OFICINA DE MASSAGEM/ AUTO-MASSAGEM**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.006-2 - SESSÃO DE ARTETERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.007-0 - SESSÃO DE MEDITAÇÃO**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.008-9 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.001-9 - VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.002-7 - ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.003-5 - INSPEÇÃO SANITÁRIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**Alterações**

Novos CBOs 224140

02.11.06.025-9 - TONOMETRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.01.013-7 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.01.031-5 - TELECONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.014-8 - TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.015-6 - AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM DEFICIÊNCIA VISUAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.016-4 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.001-1 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.004-6 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL (RESIDENCIAL TERAPEUTICA)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.015-1 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.019-4 - ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.020-8 - ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.021-6 - ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.022-4 - ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.026-7 - FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.027-5 - PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.028-3 - PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.031-3 - AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.034-8 - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.036-4 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO (COMUNIDADES TERAPÉUTICAS).**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.037-2 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E

OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA).**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.038-0 - ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL (UAI).**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.10.003-9 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.001-4 - SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.002-2 - SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.003-0 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.004-9 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.005-7 - SESSÃO DE MASSOTERAPIA**| Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.007-3 - TRATAMENTO NATUROPÁTICO**| Alterações**

Novos CBOs 224140

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES

01.01.04.010-5 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO**| Alterações**

Sexo Feminino

Nova idade mínima 9 anos

Nova idade máxima 60 anos

PORTARIA nº 1.369 de 06/06/2022 - GM

02.02.11.006-0 - DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)**| Alterações**

Nova idade máxima 1 mês

Novas Habilidades 1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

02.02.11.007-9 - DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)**| Alterações**

Nova idade máxima 1 mês
 Novas Habilidades 1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

02.02.11.009-5 - DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações
 Nova idade máxima 1 mês

02.02.11.010-9 - DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações
 Nova idade máxima 1 mês

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM

04.02.01.002-7 - PARATIREOIDECTOMIA

Alterações
 Valor Profissional: R\$ 350,96; Hospitalar: R\$ 482,34;

04.03.02.012-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.04.01.001-6 - ADENOIDECTOMIA

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.04.01.002-4 - AMIGDALECTOMIA

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.04.01.035-0 - TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.04.01.048-2 - SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.04.01.052-0 - SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA

Alterações
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluídos

04.05.02.001-5 - CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)

Alterações
 Valor Ambulatorial: R\$ 1.661,76; Profissional: R\$ 469,39; Hospitalar: R\$ 1.192,37;
 Atributos

Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.02.002-3 - CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 1.167,82; Profissional: R\$ 327,75; Hospitalar: R\$ 840,07;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.03.004-5 - FOTOCOAGULACAO A LASER

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 107,61;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.03.014-2 - VITRECTOMIA POSTERIOR

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 749,14; Hospitalar: R\$ 1.918,15;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.03.016-9 - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 881,87; Hospitalar: R\$ 3.301,25;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.03.017-7 - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 1.002,90; Hospitalar: R\$ 3.698,94;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.03.019-3 - PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 430,46; Profissional: R\$ 172,18; Hospitalar: R\$ 258,28;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.05.002-0 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 112,77;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.05.009-7 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

Alterações

Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.05.05.010-0 - FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

Alterações

Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.05.05.011-9 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA**Alterações**

Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.05.05.032-1 - TRABECULECTOMIA**Alterações**

Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.05.05.037-2 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL**Alterações**

Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 573,37; Hospitalar: R\$ 260,11;
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 432,08; Hospitalar: R\$ 260,11;
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.07.02.027-6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 115,49; Hospitalar: R\$ 248,41;
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.07.02.028-4 - HEMORROIDECTOMIA**Alterações**

Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 356,01; Hospitalar: R\$ 640,33;
 Atributos
 Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
 excluidos

04.07.03.003-4 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 245,99; Hospitalar: R\$ 746,46;
 Atributos

Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.006-4 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 214,91; Hospitalar: R\$ 586,82;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.07.04.008-0 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL

Alterações

Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.07.04.009-9 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 210,49; Hospitalar: R\$ 399,57;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 210,45; Hospitalar: R\$ 427,52;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.07.04.011-0 - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 196,76; Hospitalar: R\$ 399,57;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.08.01.014-2 - REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 190,86; Hospitalar: R\$ 232,65;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.08.02.030-0 - TENOSINOECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR

Alterações

Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.08.02.032-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO

Alterações

Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.08.03.065-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 1.656,01; Hospitalar: R\$ 2.595,28;
-------	---

04.08.03.066-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.344,88;
--------------	---

04.08.03.069-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 1.998,13;
--------------	---

04.08.03.072-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 1.998,13;
--------------	---

04.08.03.073-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 2.095,20;
--------------	---

04.08.03.076-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
--------------	---

04.08.03.080-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
--------------	---

04.08.03.081-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
--------------	---

04.08.03.082-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
--------------	---

04.08.03.086-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.154,73;
--------------	---

04.08.03.090-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.317,68;
--------------	---

04.08.04.007-6 - ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 539,99; Hospitalar: R\$ 1.864,15;
--------------	---

04.08.04.008-4 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA**Alterações**

| Valor Profissional: R\$ 417,46; Hospitalar: R\$ 1.924,25;

04.08.04.009-2 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 382,34; Hospitalar: R\$ 1.357,14;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.08.05.005-5 - ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 388,34; Hospitalar: R\$ 1.818,86;
-------	---

04.08.05.006-3 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 336,41; Hospitalar: R\$ 1.317,32;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.08.05.016-0 - RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 475,47; Hospitalar: R\$ 1.818,85;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.08.05.065-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO

Alterações

Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.08.05.089-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 170,74; Hospitalar: R\$ 305,06;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.08.06.021-2 - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL

Alterações

Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.09.01.018-9 - LITOTRIPSIA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 259,61; Hospitalar: R\$ 294,39;
-------	---

04.09.01.020-0 - NEFRECTOMIA PARCIAL

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 278,95; Hospitalar: R\$ 926,42;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas
excluidos	

04.09.01.021-9 - NEFRECTOMIA TOTAL

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 283,16; Hospitalar: R\$ 939,27;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.022-7 - NEFROLITOTOMIA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 270,65; Hospitalar: R\$ 901,07;
-------	---

04.09.01.023-5 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 367,71; Hospitalar: R\$ 780,04;
-------	---

04.09.01.028-6 - NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 262,63; Hospitalar: R\$ 668,56;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.029-4 - NEFROSTOMIA PERCUTANEA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 262,53; Hospitalar: R\$ 597,34;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.056-1 - URETEROLITOTOMIA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 252,68; Hospitalar: R\$ 844,39;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.03.004-0 - RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 470,47; Hospitalar: R\$ 381,11;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.04.024-0 - VASECTOMIA**Alterações**

Valor	Ambulatorial: R\$ 438,87; Profissional: R\$ 247,95; Hospitalar: R\$ 190,92;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.06.001-1 - CERCLAGEM DE COLO DO UTERO**Alterações**

Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

04.09.06.010-0 - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 262,64; Hospitalar: R\$ 396,19;
Atributos	
Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas

| excluidos

04.09.06.011-9 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 370,60; Hospitalar: R\$ 733,04;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas

excluidos

04.09.06.012-7 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 273,43; Hospitalar: R\$ 508,50;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas

excluidos

04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 317,49; Hospitalar: R\$ 590,44;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas

excluidos

04.09.06.015-1 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 265,08; Hospitalar: R\$ 400,24;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas

excluidos

04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 199,01; Hospitalar: R\$ 286,47;
Atributos	
Complementares	044 - Cirurgias Eletivas

excluidos

04.18.01.003-0 - CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 859,20;
-------	---------------------------

PORTARIA nº 211 de 29/06/2022 - SAES

06.04.38.004-6 - INFILXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)

Alterações

Nova descrição	ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO COM OS CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS VIGENTE. APENAS NO CASO DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (CID-10:M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9) PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 06 (SEIS).
Qtd. Max.	10

06.04.38.005-4 - INFILXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)

Alterações

Nova descrição	
----------------	--

06.04.38.011-9 - (INFILXIMABE 10 MG /ML INJETÁVEL(POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML) (BIOSSIMILAR A)

Alterações

Nova descrição	ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS VIGENTE. PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 6 (SEIS) FRASCOS-AMPOLA NO CASO DE
----------------	--

DOENÇA DE CROHN (CID-10:K50.0, K50.1, K50.8), RETOCOLITE ULCERATIVA (CID-10:K51.0, K51.2, K51.3,K51.5. K51.8), ARTRITE PSORIACA (CID-10:M07.0, M07.2, M07.3, ESPONDILITE ANCIOSANTE (CID-10: M45,M46.8) E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL(CID-10: M08.0,M08.1,M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9)

06.04.63.006-9 - SAPROPTERINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Alterações

Qtd. Max. 330

Novas Compatibilidades

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM

AIH (Proc. Principal) x AIH (Proc. Especial) (Compatível)

04.02.01.002-7 - PARATIREOIDECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.02.027-6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.03.003-4 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.006-4 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.009-9 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.011-0 - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.01.014-2 - REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.065-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.066-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.069-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.072-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.073-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.076-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.080-1 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.081-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.082-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.086-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.090-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.04.007-6 - ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.04.008-4 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.04.009-2 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.05.005-5 - ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISA / RECONSTRUCAO

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.05.006-3 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.05.016-0 - RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.05.089-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.018-9 - LITOTRIPSIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.020-0 - NEFRECTOMIA PARCIAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.021-9 - NEFRECTOMIA TOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.022-7 - NEFROLITOTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.023-5 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.028-6 - NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.029-4 - NEFROSTOMIA PERCUTANEA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.01.056-1 - URETEROLITOTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.03.004-0 - RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.04.024-0 - VASECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.010-0 - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.011-9 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.012-7 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.015-1 - HISTERECTOMIA VIDEOPAROSCOPICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

APAC (Proc. Principal) x APAC (Proc. Secundário) (Compatível)

04.18.01.003-0 - CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

