

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 01/2017 de 25/12/2016 - CGSI

Brasília, 01/01/2017.

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 Janeiro de 2017 conforme Informe abaixo:

Índice

Novos Procedimentos	1
Procedimentos Revogados	1
Alterações em Procedimentos	2
Novas Compatibilidades	5

Novos Procedimentos**PORTARIA nº 2.612 de 29/12/2016 - SAS****02.02.03.122-5 - EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I**

CONSISTE DE EXAME POR MÉTODO DE ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO EM LEUCÓCITOS DO SANGUE PERIFÉRICO PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE CASO COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DOENÇA DE GAUCHER. MÁXIMO DE 01 PROCEDIMENTO POR CASO.

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
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\$ 80,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
Serviços Classificação	145-003

02.02.03.123-3 - EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II

CONSISTE DE EXAME COMPLEMENTAR AO EXAME POR MÉTODO DE ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO EM LEUCÓCITOS DO SANGUE PERIFÉRICO COM RESULTADO DUVIDOSO PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE CASO COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DOENÇA DE GAUCHER. NECESSÁRIO EM CERCA DE 5% DOS CASOS . INDEPENDENTE DO MÉTODO UTILIZADO. MÁXIMO DE 01 PROCEDIMENTO POR CASO

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
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\$ 120,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
Serviços Classificação	145-003, 145-011

Procedimentos Revogados

PORTARIA nº 1.660 de 17/11/2016 - SAS

03.01.01.018-8 - CONSULTA MÉDICA OFTALMOLOGICA ESPECIALIZADA - PROJETO OLHAR BRASIL
 03.03.05.012-8 - CONSULTA OFTALMOLÓGICA - PROJETO OLHAR BRASIL
 07.01.04.007-6 - ÓCULOS MONOFOCAL - PROJETO OLHAR BRASIL
 07.01.04.008-4 - ÓCULOS BIFOCAL - PROJETO OLHAR BRASIL

Alterações em Procedimentos**MEMORANDO nº 343 de 09/12/2016 - SCTIE****06.04.39.004-1 - ALFAPEGINTERFERONA 2A 180MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)****Alterações**

Novos CIDs principais B181

06.04.39.005-0 - ALFAPEGINTERFERONA 2B 80MCG (POR FRASCO-AMPOLA)**Alterações**

Novos CIDs principais B181

06.04.39.006-8 - ALFAPEGINTERFERONA 2B 100MCG (POR FRASCO-AMPOLA)**Alterações**

Novos CIDs principais B181

06.04.39.007-6 - ALFAPEGINTERFERONA 2B 120MCG (POR FRASCO-AMPOLA)**Alterações**

Novos CIDs principais B181

06.04.46.002-3 - ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)**Alterações**

Novos CIDs principais B180

06.04.46.005-8 - TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)**Alterações**

Novos CIDs principais B180

06.04.46.006-6 - ENTECAVIR 1.0 MG (POR COMPRIMIDO)**Alterações**

Novos CIDs principais B180

PORTARIA nº 1.660 de 17/11/2016 - SAS**02.11.06.011-9 - GONIOSCOPIA****Alterações**

Regras Condicionadas
excluídas 0002 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO POR FAEC (POB)

02.11.06.017-8 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR**Alterações**

Regras Condicionadas
excluídas 0002 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO POR FAEC (POB)

02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO**Alterações**

Regras Condicionadas
excluídas 0002 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO POR FAEC (POB)
 Redes de Atenção
excluídas 95.02 - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

MEMORANDO nº 305 de 30/12/2016 - DAET

05.05.01.001-1 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA - APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DAS CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE RECEPTOR INSCRITO NO REDOME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS DE MEDULA ÓSSEA DE DOADOR COMPATÍVEL E CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

05.05.01.002-0 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA - NAO APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE RECEPTOR INSCRITO NO REDOME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS DE MEDULA ÓSSEA DE DOADOR COMPATÍVEL, NÃO CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

05.05.01.003-8 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL DE APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE RECEPTOR INSCRITO NO REDOME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE DOADOR COMPATÍVEL E CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

05.05.01.004-6 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL DE NAO APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DAS CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DO RECEPTOR INSCRITO NO REREME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE DOADOR COMPATÍVEL, NÃO CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

05.05.01.005-4 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO - APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DO RECEPTOR, INSCRITO NO REREME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS APOS MOBILIZAÇÃO PARA O SANGUE PERIFÉRICO DE DOADOR COMPATÍVEL E CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

05.05.01.006-2 - TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO - NAO APARENTADO**Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE RECEPTOR INSCRITO NO REREME, A PARTIR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS VIÁVEIS OBTIDAS APOS MOBILIZAÇÃO PARA O SANGUE PERIFÉRICO DE DOADOR COMPATÍVEL, NÃO CONSANGUÍNEO. É OBRIGATÓRIO O REGISTRO DO CID SECUNDÁRIO. O CADASTRO REREME DEVE ESTAR ATUALIZADO NOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM AO TRANSPLANTE.

PORTARIA nº 2.639 de 29/12/2016 - SAS**02.02.10.001-4 - DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)****Alterações****Nova descrição**

CONSISTE NA ANÁLISE EM AMOSTRAS BIOLÓGICAS, APÓS CULTURA DE LONGA

	DURAÇÃO, INTERROMPIDA NA METÁFASE, SEGUIDA DE COLORAÇÃO ESPECÍFICA, PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CROMOSSOMOS E DE SUAS DIFERENTES REGIÕES, TENDO POR BASE SUA MORFOLOGIA E TAMANHO E A PRESENÇA DE BANDAS, QUE SÃO CARACTERÍSTICAS DE CADA PAR, PERMITINDO A DETECÇÃO DE ABERRAÇÕES NUMÉRICAS E ESTRUTURAIS, EQUILIBRADAS OU NÃO EQUILIBRADAS.
Valor	Ambulatorial: R\$ 180,00; Hospitalar: R\$ 180,00;
Instrumentos de Registro excluídos	01 - BPA (Consolidado)

02.02.10.002-2 - DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)

Alterações	
Nova descrição	CONSISTE NA ANÁLISE EM AMOSTRA DE MEDULA ÓSSEA OU VILOSIDADES CORIÓNICAS, BLOQUEADAS NA METÁFASE, SEGUIDA DE COLORAÇÃO ESPECÍFICA, PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CROMOSSOMOS E DE SUAS DIFERENTES REGIÕES, TENDO POR BASE SUA MORFOLOGIA E TAMANHO E A PRESENÇA DE BANDAS, QUE SÃO CARACTERÍSTICAS DE CADA PAR, PERMITINDO A DETECÇÃO DE ABERRAÇÕES NUMÉRICAS E ESTRUTURAIS, EQUILIBRADAS OU NÃO EQUILIBRADAS.
Valor	Ambulatorial: R\$ 160,00; Hospitalar: R\$ 160,00;
Instrumentos de Registro excluídos	01 - BPA (Consolidado)

02.02.10.003-0 - DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)

Alterações	
Nova descrição	CONSISTE NA ANÁLISE DE SANGUE PERIFÉRICO, BLOQUEADAS NA METÁFASE, SEGUIDA DE COLORAÇÃO ESPECÍFICA, PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CROMOSSOMOS E DE SUAS DIFERENTES REGIÕES, TENDO POR BASE SUA MORFOLOGIA E TAMANHO E A PRESENÇA DE BANDAS, QUE SÃO CARACTERÍSTICAS DE CADA PAR, PERMITINDO A DETECÇÃO DE ABERRAÇÕES NUMÉRICAS E ESTRUTURAIS, EQUILIBRADAS OU NÃO EQUILIBRADAS.
Valor	Ambulatorial: R\$ 160,00; Hospitalar: R\$ 160,00;
Instrumentos de Registro excluídos	01 - BPA (Consolidado)

NOTA TÉCNICA nº 01/2017 de 25/12/2016 - CGSI

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

Alterações	
Novos CBOs	2241E1
CBOs excluídos	232120

03.01.07.015-6 - AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM DEFICIÊNCIA VISUAL

Alterações	
Novos CBOs	223810

03.01.07.016-4 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL

Alterações	
Novos CBOs	223810

PORTARIA nº 98 de 06/01/2017 - SAS

03.05.01.009-3 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)

Alterações	
Valor	Ambulatorial: R\$ 194,20;

03.05.01.010-7 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

Alterações	
Valor	Ambulatorial: R\$ 194,20;

PORTARIA (REPUBLIÇÃO) nº 199 de 30/01/2014 - GM

03.01.01.019-6 - AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS - EIXO I: 1- ANOMALIAS CONGENITAS OU DE MANIFESTAÇÃO TARDIA

Alterações

Novos Atributos	014 - Admite APAC de Continuidade
Complementares	

03.01.01.020-0 - AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS - EIXO I: 2- DEFICIENCIA INTELECTUAL

Alterações

Novos Atributos	014 - Admite APAC de Continuidade
Complementares	

03.01.01.021-8 - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS EIXO I: 3 - ERROS INATOS DE METABOLISMO

Alterações

Novos Atributos	014 - Admite APAC de Continuidade
Complementares	

Novas Compatibilidades

MEMORANDO nº 008 de 19/12/2016 - DAET

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

03.01.07.018-0 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

0211070076 - AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ORAL
Qtd: 1

03.01.07.019-9 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR

0211070076 - AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ORAL
Qtd: 1