

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 04/2025 de 25/03/2025 - CGSI

Brasília, 01/04/2025.

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 Abril de 2025 conforme Informe abaixo:

Índice

| | |
|-----------------------------------|---|
| Novos Procedimentos | 1 |
| Alterações em Procedimentos | 1 |

Novos Procedimentos**PORTARIA nº 2.632 de 06/03/2025 - SAES****02.07.02.006-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA**

CONSISTE NO EXAME PARA DIAGNÓSTICO QUE RETRATA IMAGENS DE ALTA DEFINIÇÃO DAS MAMAS, ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE FORTE CAMPO MAGNÉTICO E ONDAS DE RÁDIO FREQUÊNCIA. NÃO UTILIZA RADIAÇÃO. INCLUI O ESTUDO DAS AXILAS.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia |
| Complexidade | 3 |
| Tipo de Financiamento | 06 - Média e Alta Complexidade (MAC) |
| Instrumentos de Registro | 02 - BPA (Individualizado), 04 - AIH (Proc. Especial) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 268,75; Hospitalar: R\$ 268,75; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 005 - Admite liberação de quantidade na AIH |
| CBOs | 225320 |
| Serviços Classificação | 121-004, 121-010 |
| RENASES | 076 - Diagnóstico por Imagem |

Alterações em Procedimentos**NOTA TÉCNICA nº 04/2025 de 25/03/2025 - CGSI****04.08.04.003-3 - ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS****Alterações**

Novos CBOs 225260

PORTARIA nº 2.723 de 31/03/2025 - SAES**09.01.01.001-4 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA****Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.004-9 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE PRÓSTATA**Alterações**

Novos Atributos

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.005-7 - OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.007-3 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.008-1 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.009-0 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.010-3 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA-II

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.011-1 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-I

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.01.01.012-0 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-II

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos | |
| Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos | |
| Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.001-8 - OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.002-6 - OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.003-4 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.004-2 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA I - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.005-0 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA II - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.02.01.006-9 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.03.01.001-1 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.03.01.002-0 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.03.01.003-8 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Alterações

| | |
|------------------------------------|---|
| Novos Atributos Complementares | 056 - Exige procedimento de tomografia computadorizada, 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.03.01.004-6 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Alterações

| | |
|------------------------------------|--|
| Novos Atributos Complementares | 057 - Exige procedimento de ressonância magnética, 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.04.01.001-5 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO

Alterações

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.04.01.002-3 - OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO

Alterações

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.04.01.003-1 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE NASOFARINGE E DE OROFARINGE

Alterações

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.001-9 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS

Alterações

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.002-7 - OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO

Alterações

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.003-5 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.004-3 - OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.005-1 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL PARA ONCOLOGIA OFTALMOLÓGICA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.006-0 - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM NEURO OFTALMOLOGIA**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

09.05.01.007-8 - OCI EXAMES OFTALMOLÓGICOS SOB SEDAÇÃO**Alterações**

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Novos Atributos Complementares | 058 - Obrigatório CPF |
| Atributos Complementares excluídos | 009 - Exige CPF/CNS |

PORTARIA nº 2.632 de 06/03/2025 - SAES**02.07.02.003-5 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX****Alterações**

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME PARA DIAGNÓSTICO QUE RETRATA IMAGENS DE ALTA DEFINIÇÃO DOS ÓRGÃOS DE QUALQUER PARTE DO INTERIOR DO CORPO HUMANO, ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE FORTE CAMPO MAGNÉTICO E ONDAS DE RÁDIO FREQUÊNCIA. NÃO UTILIZA RADIAÇÃO. CORRESPONDE AO ESTUDO DA REGIÃO TORÁCICA, MEDIASTINO, PULMÃO E PAREDE TORÁCICA. INCLUI O ESTUDO DO PLEXO BRAQUIAL E DOS VASOS DA REGIÃO, EXCETO AORTA. |
|----------------|---|

PORTARIA nº 2.631 de 06/03/2025 - SAES**03.04.02.041-9 - POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1ª LINHA****Alterações**

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | POLIQUIMIOTERAPIA PALIATIVA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO METASTÁTICO COM EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICO DE 2 CRUZES CONFIRMADO POR EXAME MOLECULAR OU DE 3 CRUZES DE ACORDO COM CRITÉRIOS ESTABELECIDOS EM PCDT VIGENTE. EXCLUDENTE COM OS PROCEDIMENTOS 03.04.02.013-3 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA E 03.04.02.034-6 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA E 03.04.02.042-7 - MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO - 1ª LINHA. |
|----------------|--|

03.04.02.042-7 - MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1ª LINHA**Alterações**

Nova descrição

MONOQUIMIOTERAPIA PALIATIVA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO METASTÁTICO, COM EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICO DE 2 CRUZES CONFIRMADO POR EXAME MOLECULAR OU DE 3 CRUZES. EXCLUDENTE COM OS PROCEDIMENTOS 03.04.02.013-3 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA, .03.04.02.034-6 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA E 03.04.02.041-9 - POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO - 1ª LINHA

PORTARIA nº 1.582 de 08/04/2024 - SAES

02.01.01.027-5 - BIOPSIA DE MEDULA OSSEA**Alterações**

Novos CIDs principais C900



Ministério da
Saúde