

**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 11/2019 de 25/10/2019 - CGSI

Brasília, 01/11/2019.

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 Novembro de 2019 conforme Informe abaixo:

**Índice**

Novos Procedimentos .....	1
Alterações em Procedimentos .....	2
Novas Compatibilidades .....	4

**Novos Procedimentos****PORTARIA nº 1.198 de 11/10/2019 - SAES****06.04.63.003-4 - ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG (POR COMPRIMIDO)**

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.	930
Valor	Ambulatorial: R\$ 1,17; 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	K743
Serviços Classificação	125-001

**06.04.63.004-2 - ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG (POR COMPRIMIDO)**

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.	310
Valor	Ambulatorial: R\$ 2,90; 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	K743
Serviços Classificação	125-001

**06.04.63.005-0 - ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG (POR COMPRIMIDO)**

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.	155

Valor	Ambulatorial: R\$ 5,73; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados
Complementares	complementares
CIDs principais	K743
Serviços Classificação	125-001

**06.04.63.006-9 - DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG**

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	3
Tipo de Financiamento	02 - Assistência Farmacêutica
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 10 anos a 70 anos
Qtd. Max.	310
Valor	Ambulatorial: R\$ 108,62; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados
Complementares	complementares
CIDs principais	E700, E701
Serviços Classificação	125-001

**PORTARIA nº 1232 de 22/10/2019 - SAES****06.04.79.001-5 - NUSINERSENA 2,4/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)**

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.	3
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados
Complementares	complementares
CIDs principais	G120
Serviços Classificação	125-001

**Alterações em Procedimentos****PORTARIA nº 1.144 de 30/09/2019 - SAES****07.02.03.010-4 - COMPONENTE ACETABULAR METALICO DE FIXACAO BIOLOGICA PRIMARIA / REVISAO**

<b>Alterações</b>	
Nova descrição	PRÓTESE PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL PRIMÁRIA OU DE REVISÃO. NA ARTROPLASTIA DE REVISÃO, O COMPONENTE ACETABULAR PODERÁ SER DE MATERIAL METÁLICO DIVERSO DAQUELA DA IMPLANTAÇÃO PRIMÁRIA.

**07.02.03.013-9 - COMPONENTE CEFALICO P/ ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL**

<b>Alterações</b>	
Nova descrição	CONSISTE EM PRÓTESE PARA SUBSTITUIÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL. O PROCEDIMENTO TEM COMO FOCO O RESTABELECIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL A PARTIR DA TROCA DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL POR PRÓTESE ARTICULADA DE MATERIAIS METÁLICOS BIOCOMPATÍVEIS.

**PORTARIA nº 1217 de 18/10/2019 - SAES****06.04.28.010-6 - METILPREDNISOLONA 500 MG INJETAVEL (POR AMPOLA)**

<b>Alterações</b>
-------------------

Novos CIDs principais H150, H201, H301, H302, H308

#### 06.04.34.001-0 - CICLOSPORINA 10 MG (POR CAPSULA)

##### Alterações

Novos CIDs principais H150, H201

#### 06.04.34.002-8 - CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)

##### Alterações

Novos CIDs principais H150, H201

#### 06.04.34.003-6 - CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)

##### Alterações

Novos CIDs principais H150, H201

#### 06.04.34.004-4 - CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)

##### Alterações

Novos CIDs principais H150, H201

#### 06.04.34.005-2 - CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)

##### Alterações

Novos CIDs principais H150, H201

#### 06.04.35.001-5 - SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

##### Alterações

Valor Ambulatorial: R\$ 0,00;

#### 06.04.38.002-0 - ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

##### Alterações

Nova idade máxima 18 anos

#### 06.04.38.006-2 - ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

##### Alterações

Qtd. Max. 7

Novos CIDs principais H150, H201, H301, H302, H308, L732

---

### PORTARIA nº 1.198 de 11/10/2019 - SAES

---

#### 06.04.48.001-6 - HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)

##### Alterações

CIDs principais  
excluídos D561, D568

---

### PORTARIA nº 1.154 de 02/10/2019 - SAES

---

#### 03.04.01.051-0 - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA

##### Alterações

CIDs principais C701, C709, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C720, C721, C722,  
excluídos C723, C724, C725, C728, C729, C780, C787

#### 03.04.01.053-7 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

##### Alterações

Nova descrição CONSISTE NA RADIOTERAPIA DE LESÃO(ÕES) POR LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, COM FINALIDADE PALIATIVA. PODERÁ SER REGISTRADO PARA A IRRADIAÇÃO DE LESÃO(ÕES) ÓSSEA(S) METASTÁTICA(S) OU MIELOMATOSA(S) OU DE OUTRA(S) LOCALIZAÇÃO(ÕES) NÃO LINFONODAL(AIS) E QUE NÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL. PODERÁ SER AUTORIZADO TAMBÉM PARA RADIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO (OU SEJA, SEM EVIDÊNCIA DE DOENÇA METASTÁTICA APÓS QUIMIOTERAPIA OU RESSECÇÃO CIRÚRGICA) EM PULMÃO TOTAL, QUANDO INDICADA EM CASO DE METÁSTASE(S)

PULMONAR(ES). MÁXIMO DE DOIS,(UM OU DOIS), SENDO DOIS EM CASO DE PLASMOCITOMA (LESÃO ÚNICA DE MIELOMA).

#### 04.16.12.003-2 - MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA

##### Alterações

Nova descrição RESSECÇÃO TOTAL UNILATERAL DE MAMA POR TUMOR MALIGNO. EM CASO DE TUMOR UNILATERAL, ADMITE COMO PROCEDIMENTO SEQUÊNCIAL OU RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MIOCUTÂNEO OU PLÁSTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA - PÓS MASTECTOMIA C/IMPLANTE DE PRÓTESE, COM OU SEM A PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA NA MAMA COLATERAL. EM CASO DE TUMOR BILATERAL SIMULTÂNEO E COM TRATAMENTO CIRÚRGICO TAMBÉM SIMULTÂNEO, ADMITE COMO PROCEDIMENTO (S) SEQUÊNCIAL (AIS) PARA MAMA CONTRALATERAL: OU RESSECÇÃO DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO OU LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA ( LINFONODO SENTINELA) OU MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA AXILAR OU SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/SETORECTOMIA DE MAMA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL. NO CASO DE PROCEDIMENTO NA MAMA CONTRALATERAL SER O PRÓPRIO 04.16.12.003-2 MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA, REGISTRAR ESTE PROCEDIMENTO COM O MÁXIMO DE DOIS.

Qtd. Max. 2

### PORTARIA nº 1232 de 22/10/2019 - SAES

#### 03.03.04.020-3 - TRATAMENTO DE DOENÇAS NEURO-DEGENERATIVAS

##### Alterações

Nova descrição TRATAMENTO CLÍNICO DE DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL. EM CASO DE INTERNAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO NUSINERSENA (CÓDIGO 06.04.79.001-5). DISPENSADO NO ÂMBITO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF) PARA PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ATROFIA MUSCULAR ESPINAL(AME) 5Q TIPO I E QUE SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO ESTABELECIDAS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (AME) 5Q TIPO I OU NO PROJETO PILOTO DE ACORDO DE COMPARTILHAMENTO DE RISCO PARA ACESSO A MEDICAMENTO PARA O TRATAMENTO DE AME DOS TIPO II E III A MODALIDADE DE ATENDIMENTO DAR-SE Á EM HOSPITAL DIA.

Novas Modalidades 03 - Hospital Dia

Novos CBOs 225151, 225175

Novos CIDs principais G120, G121

### PORTARIA nº 2947 de 24/12/2012 - GM

#### 04.16.01.017-2 - RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA

##### Alterações

Nova descrição RESSECÇÃO DE TUMOR ÚNICO OU MÚLTIPLO SUPERFICIAL DA BEXIGA URINÁRIA POR MEIO ENDOSCÓPICO

### NOTA TÉCNICA nº 11/2019 de 25/10/2019 - CGSI

#### 02.04.01.001-2 - DACRIOCISTOGRAFIA

##### Alterações

Nova descrição É O EXAME RADIOLÓGICO CONTRASTADO DAS VIAS LACRIMAIS REALIZADO ATRAVÉS DA INTRODUÇÃO DE UM CATETER NO ORIFÍCIO DO DUCTO LACRIMAL INJETANDO O CONTRASTE SENDO REALIZADAS AS IMAGENS. TEM INDICAÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DA OBSTRUÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS.

### Novas Compatibilidades

### PORTARIA nº 1.154 de 02/10/2019 - SAES

**APAC (Proc. Principal) x APAC (Proc. Principal) (Concomitantes - APACs diferentes para o mesmo paciente)**

#### 03.04.01.037-5 - RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0

**03.04.01.038-3 - RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO**

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0

**03.04.01.039-1 - RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES**

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0

**03.04.01.041-3 - RADIOTERAPIA DE MAMA**

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0

**03.04.01.045-6 - RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA**

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0

**03.04.01.047-2 - RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO**

0304010529 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Qtd: 0

0304010537 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

Qtd: 0