

**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 02/2012 de 01 de Fevereiro de 2012 - CGSI

Brasília, 01 de Fevereiro de 2012.

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 Fevereiro de 2012 conforme Informe abaixo:

**Índice**

Novos Procedimentos .....	1
Alterações em Procedimentos .....	5
Novas Compatibilidades .....	15
Alterações em Compatibilidades .....	15

**Novos Procedimentos****PORTARIA nº 196 de 06 de Fevereiro de 2012 - GM****02.05.02.020-8 - ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE**

MÉTODO DIAGNÓSTICO DE IMAGEM, PARA IDENTIFICAR RUPTURA DE PRÓTESE MAMÁRIA DE SILICONE UNILATERAL DA MARCA PIP OU ROFIL

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0053 - Prótese Mamária - Exames
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 12,10; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CBOs	225250, 225255, 225320
CIDs principais	Z421
Serviços Classificação	121-002, 121-008

**02.05.02.021-6 - ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE**

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DE IMAGEM PARA IDENTIFICAR RUPTURA DE PRÓTESES MAMÁRIAS DE SILICONE BILATERAIS, DA MARCA PIP OU ROFIL

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0053 - Prótese Mamária - Exames
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 24,20; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CBOs	225250, 225255, 225320

CIDs principais	Z421
Serviços Classificação	121-002, 121-008

### **02.07.02.004-3 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE - RESTRITA AOS CASOS DE IMPLANTE UNILATERAL DE PRÓTESE**

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DE IMAGEM ALTA DEFINIÇÃO UNILATERAL ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE CAMPO MAGNÉTICO PARA IDENTIFICAR RUPTURA DE PRÓTESE MAMÁRIA DE SILICONE UNILATERAL DA MARCA PIP OU ROFIL

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0053 - Prótese Mamária - Exames
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 268,75; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CBOs	225320
CIDs principais	Z421
Serviços Classificação	121-004, 121-010

### **02.07.02.005-1 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE**

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE ALTA DEFINIÇÃO BILATERAL, ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE CAMPO MAGNÉTICO PARA IDENTIFICAR RUPTURA DE PRÓTESES MAMÁRIAS DE SILICONE DA MARCA PIP OU ROFIL.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0053 - Prótese Mamária - Exames
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 268,75; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CBOs	225320
CIDs principais	Z421
Serviços Classificação	121-004, 121-010

### **04.10.01.013-8 - RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA**

RETIRADA DE IMPLANTE MAMÁRIO UNILATERAL, NOS CASOS ONDE HOUVER RUPTURA DO IMPLANTE, MARCA PIP OU ROFIL.

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250

Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 161,48; Profissional: R\$ 128,52
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 009 - Exige CNS
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255
CIDs principais	T859
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

#### **04.10.01.014-6 - RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA BILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA**

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 322,95; Profissional: R\$ 257,05
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255
CIDs principais	T859
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

#### **04.10.01.015-4 - RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE, COM IMPLANTAÇÃO DE NOVA PRÓTESE, NO MESMO ATO CIRÚRGICO**

RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL NOS CASOS DE RUPTURA DA PRÓTESES DA MARCA PIP OU ROFIL OU EM CASOS INDICADOS, CONFORME DIRETRIZ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTES MAMÁRIOS DA MARCA PIP (POLY IMPLANTS PROTHESE) E ROFIL, SEGUIDA DE COLOCAÇÃO DE NOVA PRÓTESE NO MESMO ATO CIRÚRGICO.

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 175,90; Profissional: R\$ 140,02
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 009 - Exige CNS
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255
CIDs principais	T854, T859
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

#### **04.10.01.016-2 - RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA BILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE, COM IMPLANTAÇÃO DE NOVA PRÓTESE NO MESMO ATO CIRÚRGICO**

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de	

Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 351,80; Profissional: R\$ 280,04
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 009 - Exige CNS
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255
CIDs principais	T854, T859
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

#### **04.10.01.017-0 - IMPLANTE UNILATERAL DE PRÓTESE MAMÁRIA PÓS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTE MAMÁRIO ANTERIOR**

COLOCAÇÃO DE PRÓTESES MAMÁRIA UNILATERAL, CONFORME DIRETRIZ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTES MAMÁRIOS DA MARCA PIP (POLY IMPLANTS PROTHESE) E ROFIL, PÓS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA DAS MARCAS PIP OU ROFIL ANTERIOR.

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 161,48; Profissional: R\$ 128,52
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255
CIDs principais	T854
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

#### **04.10.01.018-9 - IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA BILATERAL PÓS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTE MAMÁRIO ANTERIOR**

COLOCAÇÃO DE PRÓTESES MAMÁRIAS BILATERAIS, CONFORME DIRETRIZ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTES MAMÁRIOS DA MARCA PIP (POLY IMPLANTS PROTHESE) E ROFIL, PÓS-TRATAMENTO DE COMPLICAÇÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA DAS MARCAS PIP OU ROFIL ANTERIOR.

Modalidades	02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0054 - Prótese Mamária - Cirurgia
Instrumentos de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 16 anos a 110 anos
Média de Permanência	2
Qtd. Max.	1
Pontos	250
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 322,95; Profissional: R\$ 257,05
Atributos Complementares	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
CBOs	2231F9, 225225, 225230, 225235, 225250, 225255

CIDs principais	T854
Tipos de Leito	01 - Cirúrgico

## PORTARIA nº 101 de 03 de Fevereiro de 2012 - SAS

### 02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

CONSISTE EM TESTE CUJA REALIZAÇÃO NÃO NECESSITA DE ESTRUTURA LABORATORIAL UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	1
Tipo de Financiamento	01 - Atenção Básica (PAB)
Instrumentos de Registro	01 - BPA (Consolidado)
Sexo	Feminino
Idade	De 9 anos a 55 anos
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	223505, 223545, 223555, 223560, 223565, 225124, 225125, 225142, 225250, 322205, 322230, 322245, 322250

## Alterações em Procedimentos

## INFORME CGSI nº 0 de 01 de Janeiro de 2008 - CGSI

### 02.02.03.023-7 - IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

<b>Alterações</b>	
Valor	Hospitalar: R\$ 80,00;
Novas Modalidades	02 - Hospitalar
Novos Instrumentos de Registro	04 - AIH (Proc. Especial)

### 02.03.02.004-9 - IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

<b>Alterações</b>	
Valor	Hospitalar: R\$ 92,00;
Novas Modalidades	02 - Hospitalar
Novos Instrumentos de Registro	04 - AIH (Proc. Especial)

### 03.09.01.008-0 - NUTRICAÇÃO PARENTERAL EM NEONATOLOGIA

<b>Alterações</b>	
Nova descrição	AQUELA ADMINISTRADA POR VIA INTRAVENOSA, SENDO UMA SOLUÇÃO OU EMULSÃO COMPOSTA OBRIGATORIAMENTE DE AMINOÁCIDOS, CARBOIDRATOS, VITAMINAS E MINERAIS, COM OU SEM ADMINISTRAÇÃO DIÁRIA DE LIPÍDIOS, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES METABÓLICAS E NUTRICIONAIS DE PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE ALCANÇÁ-LA POR VIA ORAL OU ENTERAL.

## PORTARIA nº 102 de 03 de Fevereiro de 2012 - SAS

### 03.04.02.001-0 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 1ª LINHA

<b>Alterações</b>	
Habilitações excluídas	1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### 03.04.02.002-8 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA

<b>Alterações</b>	
Habilitações excluídas	1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### 03.04.02.003-6 - HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO

<b>Alterações</b>	
Habilitações excluídas	1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### 03.04.02.004-4 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO

**Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.005-2 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.006-0 - HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.007-9 - HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.008-7 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.009-5 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.010-9 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.011-7 - QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.012-5 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.013-3 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.014-1 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.015-0 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.016-8 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.017-6 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.018-4 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.019-2 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.020-6 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.021-4 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.022-2 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.023-0 - QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.024-9 - QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.025-7 - QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.026-5 - QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.027-3 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA.**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.028-1 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA)**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.02.029-0 - QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO**

**Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.030-3 - QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.031-1 - QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.032-0 - QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.033-8 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.034-6 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.036-2 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.02.037-0 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.001-5 - QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.002-3 - QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.003-1 - QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.004-0 - QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.005-8 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA - 1ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.006-6 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA - 2ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.007-4 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA QUALQUER FASE -  
CONTROLE SANGÜÍNEO**



**Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.008-2 - QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.009-0 - QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA).****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.010-4 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.011-2 - QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.012-0 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.013-9 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.014-7 - QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.015-5 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.016-3 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA)****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.017-1 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.03.018-0 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.03.019-8 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA.**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.03.020-1 - QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.03.021-0 - QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ª LINHA.**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.03.022-8 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.001-0 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA)**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.002-9 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.004-5 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.005-3 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.006-1 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.007-0 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.008-8 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.009-6 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS ( PRÉVIA)**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.04.010-0 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA)**

|

**Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.011-8 - QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.012-6 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE VULVA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.013-4 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.014-2 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.015-0 - QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSARCOMA - 2ª LINHA.****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.04.016-9 - QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSARCOMA - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.001-6 - QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.002-4 - QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.003-2 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.004-0 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.006-7 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.007-5 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.011-3 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.012-1 - HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.013-0 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.016-4 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.017-2 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE)****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.018-0 - QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE)****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.020-2 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.021-0 - QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSARCOMA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.05.022-9 - QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.001-1 - QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.003-8 - QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.004-6 - QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.007-0 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.008-9 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.009-7 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.010-0 - QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.011-9 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.012-7 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.013-5 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.015-1 - QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.016-0 - QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.017-8 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.018-6 - QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.020-8 - QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.021-6 - QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

**03.04.06.022-4 - QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B 1ª LINHA****Alterações****03.04.07.001-7 - QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA****Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.07.002-5 - QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.07.003-3 - QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.07.004-1 - QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.07.005-0 - QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.08.001-2 - FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.08.005-5 - QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

### **03.04.08.007-1 - INIBIDOR DA OSTEÓLISE**

#### **Alterações**

Habilitações excluídas 1705 - Serviço isolado de quimioterapia

## **PORTARIA nº 28 de 13 de Janeiro de 2012 - SAS**

### **02.01.01.052-6 - BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA**

#### **Alterações**

Novos CIDs principais D102, D103

### **03.03.06.022-0 - TRATAMENTO DE LINFADENITES INESPECÍFICAS**

#### **Alterações**

Nova idade mínima 1 ano

### **03.09.01.004-7 - NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO**

#### **Alterações**

Nova descrição É AQUELA FÓRMULA NUTRICIONAL COMPLETA, ADMINISTRADA ATRAVÉS DE SONDAS NASOENTÉRICA, NASOGÁSTRICA, DE JEJUNOSTOMIA OU DE GASTROSTOMIA.

### **03.09.01.005-5 - NUTRICAÇÃO ENTERAL EM NEONATOLOGIA**

#### **Alterações**

Nova descrição AQUELA FÓRMULA NUTRICIONAL COMPLETA, ADMINISTRADA ATRAVÉS DE SONDAS NASOENTÉRICA, NASOGÁSTRICA, DE JEJUNOSTOMIA OU DE GASTROSTOMIA.

### **03.09.01.006-3 - NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA**

#### **Alterações**

Nova descrição AQUELA FÓRMULA NUTRICIONAL COMPLETA, ADMINISTRADA ATRAVÉS DE SONDAS NASOENTÉRICA, NASOGÁSTRICA, DE JEJUNOSTOMIA OU DE GASTROSTOMIA.

### **03.09.01.007-1 - NUTRICAÇÃO PARENTERAL EM ADULTO**

**Alterações****Nova descrição**

AQUELA ADMINISTRADA POR VIA INTRAVENOSA, SENDO UMA SOLUÇÃO OU EMULSÃO COMPOSTA OBRIGATORIAMENTE DE AMINOÁCIDOS, CARBOIDRATOS, VITAMINAS E MINERAIS, COM OU SEM ADMINISTRAÇÃO DIÁRIA DE LIPÍDIOS, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES METABÓLICAS E NUTRICIONAIS DE PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE ALCANÇÁ-LA POR VIA ORAL OU ENTERAL.

**03.09.01.009-8 - NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA****Alterações****Nova descrição**

AQUELA ADMINISTRADA POR VIA INTRAVENOSA, SENDO UMA SOLUÇÃO OU EMULSÃO COMPOSTA OBRIGATORIAMENTE DE AMINOÁCIDOS, CARBOIDRATOS, VITAMINAS E MINERAIS, COM OU SEM ADMINISTRAÇÃO DIÁRIA DE LIPÍDIOS, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES METABÓLICAS E NUTRICIONAIS DE PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE ALCANÇÁ-LA POR VIA ORAL OU ENTERAL.

**Novas Compatibilidades****PORTARIA nº 66 de 24 de Janeiro de 2012 - SAS****AIH (Proc. Principal) x AIH (Proc. Especial) (Compatível)****04.06.03.004-9 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA**

0202031209 - DOSAGEM DE TROPONINA

Qtd: 2

**PORTARIA (REPUBLICAÇÃO) nº 2994 de 13 de Dezembro de 2011 - GM****AIH (Proc. Especial) x AIH (Proc. Especial) (Excludente)****06.03.05.004-2 - ALTEPLASE 10MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)**

0603050077 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050085 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050093 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**06.03.05.005-0 - ALTEPLASE 20MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)**

0603050077 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050085 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050093 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**06.03.05.006-9 - ALTEPLASE 50MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)**

0603050077 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050085 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050093 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)**

0603050085 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050093 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)**

0603050077 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050093 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**06.03.05.009-3 - TENECTEPLASE-TNK 50 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)**

0603050077 - TENECTEPLASE- TNK 30 MG INJETÁVEL ( POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

0603050085 - TENECTEPLASE - TNK 40 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)

Qtd: 0

**Alterações em Compatibilidades****PORTARIA nº 66 de 24 de Janeiro de 2012 - SAS**

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

### 04.06.03.004-9 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA

0603050107 - CLOPIDOGREL 75MG (COMPRIMIDO)

Qtd: 40