

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 . INDEPENDE 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 Multiplas 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. E 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. E 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. E 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. E 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. E 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. E 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 ESPECIFICA, 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 excluidos	01 - BPA (Consolidado)

02.02.10.002-2 - DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)

Alterações

Nova descrição	CONSISTE NA ANÁLISE EM AMOSTRA DE MEDULA ÓSSEA OU VILOSIDADES CORIÔNICAS ,BLOQUEADAS NA METÁFASE, SEGUIDA DE COLORAÇÃO ESPECIFICA, 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 excluidos	01 - BPA (Consolidado)

02.02.10.003-0 - DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA 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 excluidos	01 - BPA (Consolidado)

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

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

Alterações

Novos CBOs	2241E1
CBOs excluidos	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 (REPUBLICAÇÃO) 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 Complementares 014 - Admite APAC de Continuidade

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

Novos Atributos Complementares 014 - Admite APAC de Continuidade

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

Novos Atributos Complementares 014 - Admite APAC de Continuidade

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 ANCORA NO OSSO**

0211070076 - AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL

Qtd: 1

03.01.07.019-9 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR

0211070076 - AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL

Qtd: 1



Ministério da
Saúde

