

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 07/2025 de 25/06/2025 - CGSI

Brasília, 01/07/2025.

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 Julho de 2025 conforme Informe abaixo:

Índice

| | |
|-----------------------------------|----|
| Novos Procedimentos | 1 |
| Procedimentos Revogados | 7 |
| Alterações em Procedimentos | 7 |
| Novas Compatibilidades | 61 |
| Compatibilidades Revogadas | 62 |

Novos Procedimentos**PORTARIA nº 2.812 de 10/06/2025 - SAES****01.01.01.012-5 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DE ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS.**

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.013-3 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA CÓLERA.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA CÓLERA.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.014-1 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA DOENÇA DE HAFF.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA DE HAFF.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.015-0 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.016-8 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA ESPOROTRICOSE.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA ESPOROTRICOSE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.017-6 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA FEBRE MACULOSA BRASILEIRA.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA FEBRE MACULOSA BRASILEIRA.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.018-4 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.019-2 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |

| | |
|-------|--|
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.020-6 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA LEPTOSPIROSE

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA LEPTOSPIROSE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.021-4 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA DOENÇA DA RAIVA.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA DA RAIVA.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.022-2 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA TOXOPLASMOSE.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA TOXOPLASMOSE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.023-0 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DE UMA SÓ SAÚDE.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À UMA SÓ SAÚDE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.024-9 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA HANSENÍASE

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE.

| | |
|-------------|-------------------|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
|-------------|-------------------|

| | |
|--------------------------|--|
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.025-7 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA ESQUISTOSSOMOSE.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.026-5 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DO TRACOMA.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DO TRACOMA.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.027-3 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DAS GEO-HELMINTÍASES

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DAS GEO-HELMINTÍASES.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.028-1 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA ONCOCERCOSE.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA ONCOCERCOSE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.029-0 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA FILARIOSE LINFÁTICO.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA FILARIOSE LINFÁTICO.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

01.01.01.030-3 - ATIVIDADES EDUCATIVAS DA POPULAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA DA DOENÇA DE CHAGAS.

PROMOVER OU REALIZAR EVENTOS, PALESTRAS, REUNIÕES, AULAS, OFICINAS, PEÇAS TEATRAIS E DEMAIS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS À PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 1 |
| Tipo de Financiamento | 07 - Vigilância em Saúde |
| Instrumentos de Registro | 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 130 anos |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |

PORTARIA nº 7.076 de 09/06/2025 - GM

05.01.07.015-0 - ECOCARDIOGRAMA PARA DOADOR DE CORAÇÃO

CONSISTE NA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E FUNÇÃO DO CORAÇÃO QUANTO A CONTRATILIDADE, FLUXO SANGUÍNEO E PRESENÇA OU NÃO DE DOENÇA CORONARIANA, VISANDO DOAÇÃO DO ÓRGÃO PARA TRANSPLANTE.

| | |
|--------------------------|--|
| Modalidades | 02 - Hospitalar |
| Complexidade | 3 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0032 - Transplantes de órgãos, tecidos e células |
| Instrumentos de Registro | 04 - AIH (Proc. Especial) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 0 meses a 70 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 200,00; Profissional: R\$ 100,00 |
| CBOs | 225120, 225124, 225125, 225150, 225170, 225210, 225230, 225240, 225320 |

PORTARIA nº 7.273 de 18/06/2025 - GM

09.06.01.001-2 - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) I

FINALIDADE DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, ENCAMINHAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO DE MULHERES QUE NECESSITEM DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 2 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0086 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Instrumentos de Registro | 06 - APAC (Proc. Principal) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 9 anos a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 88,40; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 054 - APAC com validade fixa de 2 competências., 058 - Obrigatório CPF |

| | |
|----------------------|---|
| Regras Condicionadas | 0009 - CONDICIONA AOS SECUDÁRIOS A TEREM VALOR ZERADO, 0011 - CONDICIONA O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS NA APAC |
| CBOs | 225250 |
| Categorias de CBO | 2251 - Médicos Clínicos |
| CIDs principais | C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, D25, N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N78, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99 |
| Habilidades | 3801 - Programa Mais Acesso a Especialistas |

09.06.01.002-0 - OCI - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) II

FINALIDADE DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, ENCAMINHAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO DE MULHERES QUE NECESSITEM DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA,CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 2 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0086 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Instrumentos de Registro | 06 - APAC (Proc. Principal) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 9 anos a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 88,40; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 054 - APAC com validade fixa de 2 competências., 058 - Obrigatório CPF |
| Regras Condicionadas | 0009 - CONDICIONA AOS SECUDÁRIOS A TEREM VALOR ZERADO, 0011 - CONDICIONA O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS NA APAC |
| CBOs | 225250 |
| Categorias de CBO | 2251 - Médicos Clínicos |
| CIDs principais | C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, D25, N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N78, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99 |
| Habilidades | 3801 - Programa Mais Acesso a Especialistas |

09.06.01.003-9 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL I

FINALIDADE DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, ENCAMINHAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO DE MULHERES QUE NECESSITEM DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA - COM BIÓPSIA, SEDAÇÃO, EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA), TELEDIAGNÓSTICO, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 2 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0086 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Instrumentos de Registro | 06 - APAC (Proc. Principal) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 9 anos a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 304,86; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 054 - APAC com validade fixa de 2 competências., 058 - Obrigatório CPF |
| Regras Condicionadas | 0009 - CONDICIONA AOS SECUDÁRIOS A TEREM VALOR ZERADO, 0011 - CONDICIONA O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS NA APAC |
| CBOs | 225250 |
| Categorias de CBO | 2251 - Médicos Clínicos |
| CIDs principais | C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, D25, N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N78, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99 |
| Habilidades | 3801 - Programa Mais Acesso a Especialistas |

09.06.01.004-7 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL II

FINALIDADE DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, ENCAMINHAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO DE MULHERES QUE NECESSITEM DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA, SEDAÇÃO, TELEDIAGNÓSTICO, EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA), CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 2 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0086 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Instrumentos de Registro | 06 - APAC (Proc. Principal) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 9 anos a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 323,24; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 054 - APAC com validade fixa de 2 competências., 058 - Obrigatório CPF |
| Regras Condicionadas | 0009 - CONDICIONA AOS SECUDÁRIOS A TEREM VALOR ZERADO, 0011 - CONDICIONA O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS NA APAC |
| CBOs | 225250 |
| Categorias de CBO | 2251 - Médicos Clínicos |
| CIDs principais | C51, C52, D25, N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N80, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99 |
| Habilidades | 3801 - Programa Mais Acesso a Especialistas |

09.06.01.005-5 - OCI - GIN3 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- ENDOMETRIOSE PROFUNDA- CASOS COMPLEXOS E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

FINALIDADE DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, ENCAMINHAMENTO E GESTÃO DO CUIDADO DE MULHERES QUE NECESSITEM DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE/ ABDÔMEN INFERIOR, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.

| | |
|--------------------------|---|
| Modalidades | 01 - Ambulatorial |
| Complexidade | 2 |
| Tipo de Financiamento | 04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) |
| Subtipo de Financiamento | 0086 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Instrumentos de Registro | 06 - APAC (Proc. Principal) |
| Sexo | Ambos |
| Idade | De 9 anos a 130 anos |
| Qtd. Max. | 1 |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 372,49; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00 |
| Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 054 - APAC com validade fixa de 2 competências., 058 - Obrigatório CPF |
| Regras Condicionadas | 0009 - CONDICIONA AOS SECUDÁRIOS A TEREM VALOR ZERADO, 0011 - CONDICIONA O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS NA APAC |
| CBOs | 225250 |
| Categorias de CBO | 2251 - Médicos Clínicos |
| CIDs principais | C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, D25, N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N80, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99 |
| Habilidades | 3801 - Programa Mais Acesso a Especialistas |

Procedimentos Revogados

PORTARIA nº 7.076 de 09/06/2025 - GM

05.01.05.003-5 - AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE EM RECEPTORES NÃO SENSIBILIZADOS

Alterações em Procedimentos

PORTARIA nº 2.905 de 26/06/2025 - SAES

02.09.01.006-1 - VIDEOLAPAROSCOPIA

| Alterações

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Novos CIDs principais | N800, N801, N802, N803, N805 |

04.01.01.007-4 - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N808 |
|-----------------------|------|

04.03.02.007-7 - NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N808 |
|-----------------------|------|

04.03.02.008-5 - NEURORRAFIA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N808 |
|-----------------------|------|

04.03.02.011-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATHIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N808 |
|-----------------------|------|

04.06.02.019-1 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N808 |
|-----------------------|------|

04.07.02.001-2 - AMPUTAÇÃO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.004-7 - APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.006-3 - COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.007-1 - COLECTOMIA TOTAL

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.008-0 - COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.010-1 - COLOSTOMIA

| Alterações

| | |
|-----------------------|------|
| Novos CIDs principais | N805 |
|-----------------------|------|

04.07.02.017-9 - ENTERECTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N805

04.07.02.030-6 - JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N805

04.07.02.033-0 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATÓRIO ILEAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N805

04.07.02.040-3 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N805

04.07.02.041-1 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N805

04.08.06.030-1 - RESSECÇÃO MUSCULAR

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.002-2 - CISTECTOMIA PARCIAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.003-0 - CISTECTOMIA TOTAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.030-8 - NEFROURETERECTOMIA TOTAL

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.052-9 - URETERECTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.053-7 - URETEROCISTONEOSTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.055-3 - URETEROENTEROSTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.01.057-0 - URETEROPLASTIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.09.06.014-3 - HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)

| Alterações

| Novos CIDs principais N800

04.09.06.015-1 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

| Alterações

| Novos CIDs principais N800

04.09.06.024-0 - SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

| Alterações

| Novos CIDs principais N800

04.09.06.026-7 - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA

| Alterações

| Novos CIDs principais N800

04.09.07.002-5 - COLPECTOMIA

| Alterações

| Novos CIDs principais N804

04.12.04.010-7 - RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.12.05.004-8 - LOBECTOMIA PULMONAR

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

04.12.05.010-2 - RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO

| Alterações

| Novos CIDs principais N808

PORTARIA nº 2.331 de 10/12/2024 - SAES

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

| Alterações

| Novos CBOs 225250

| CBOs excluidos 225220

PORTARIA nº 2.852 de 17/06/2025 - SAES

02.02.01.005-8 - DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)

| Alterações

| Nova descrição

CONSISTE NA COLETA DE SANGUE COM A FINALIDADE DE AVALIAR O PROCESSAMENTO DE ELEVADAS CONCENTRAÇÕES DE GLICOSE. PERMITE DIAGNOSTICAR DIABETES, PRÉ DIABETES, RESISTÊNCIA À INSULINA E OUTRAS ALTERAÇÕES DAS CÉLULAS PANCREÁTICAS, ALÉM DE IDENTIFICAR A DIABETES GESTACIONAL. É NECESSÁRIO JEJUM DE 8 A 14 HORAS. O PACIENTE INGERE, NO LABORATÓRIO, GLICOSE ANISTRA E SÃO REALIZADAS COLETAS DE SANGUE EM 5 MOMENTOS.

02.02.01.006-6 - DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)

| Alterações

| Nova descrição

CONSISTE NA COLETA SANGUE APÓS A HIPERGLICEMIA INDUZIDA POR GLICOCORTICOIDES COM A FINALIDADE DE AVALIAR COMO SE PROCESSA ELEVADAS CONCENTRAÇÕES DE GLICOSE INDUZIDA POR CORTISONA. É REALIZADO EM 4 ETAPAS, COM A MEDIÇÃO DOS NÍVEIS DE GLICOSE ANTES E DEPOIS DA ADMINISTRAÇÃO DA DROGA.

02.02.01.008-2 - DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE

| Alterações

Nova descrição CONSISTE NA DETERMINAÇÃO DA OSMOLARIDADE POR MEIO DE MÉTODOS LABORATORIAIS OU CÁLCULO. POR CÁLCULO É A SOMA DAS CONCENTRAÇÕES DE PARTÍCULAS OSMOTICAMENTE ATIVAS NO SANGUE, COMO SÓDIO, POTÁSSIO, GLICOSE E URÉIA. EM LABORATÓRIO POR MEIO DE MÉTODOS COMO A OSMOMETRIA, QUE MEDE A PRESSÃO OSMÓTICA DE UMA SOLUÇÃO EM COMPARAÇÃO COM UMA SOLUÇÃO DE REFERÊNCIA.

02.02.01.010-4 - DOSAGEM DE ACETONA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE É CAPAZ DE DETECTAR OS NÍVEIS DE ACETONA NO SANGUE.

02.02.01.016-3 - DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE MEDE A QUANTIDADE DA PROTEÍNA NO SORO E É USADO PARA MONITORAR PROCESSOS INFLAMATÓRIOS.

02.02.01.029-5 - DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE SIMPLES QUE MEDE OS NÍVEIS DE COLESTEROL NO ORGANISMO.

02.02.01.034-1 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE ANALISA PRINCIPALMENTE ALTERAÇÕES NO CORAÇÃO OU FÍGADO, PARA AVALIAR O PROGRESSO DE DOENÇAS E AUXILIAR NO TRATAMENTO DE DOENÇAS DO MÚSCULO DO CORAÇÃO, INFARTO DO MIOCÁRDIO, DE ANEMIAS MEGALOBLÁSTICAS E HEMOLÍTICAS.

02.02.01.037-6 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME LABORATORIAL QUE AVALIA AMOSTRAS BIOLÓGICAS, COMO SANGUE, URINA, FEZES OU TECIDOS, PARA DETECTAR DOENÇAS. SÃO ENZIMAS QUE CATALISAM A CONVERSÃO DE LACTATO A PIRUVATO E SÃO LIBERADAS EM QUADROS DE SOFRIMENTO DOS TECIDOS.

02.02.01.075-9 - TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME EM QUE SÃO REALIZADAS DOSAGENS SERIADAS DE INSULINA APÓS ESTÍMULO COM 75 GRAMAS DE GLICOSE POR VIA ORAL, PARA AVALIAR A RESISTÊNCIA DO PACIENTE AO TRATAMENTO DO DIABETES COM INSULINA.

02.02.02.005-3 - DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE PARA RASTREIO DE DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS EXISTENTES NOS GLÓBULOS VERMELHOS OU HEMÁCIAS.

02.02.02.011-8 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE PERIFÉRICO QUE AVALIA O TEMPO DE VIDA MÉDIA DAS HEMÁCIAS E QUE EM MÉDIA É DE 120 DIAS. AVALIA DOENÇAS DO SANGUE QUE REDUZEM ESSE TEMPO MÉDIO.

02.02.02.016-9 - DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE VERIFICA A DENSIDADE DO SANGUE E, CONSEQUENTEMENTE, A AÇÃO DA MEDICAÇÃO ANTICOAGULANTE.

02.02.02.017-7 - DOSAGEM DE ANTITROMBINA III

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE DOSA A ANTITROMBINA AT E FAZ PARTE DE UM CONJUNTO DE EXAMES PARA A INVESTIGAÇÃO DE TROMBOFILIA. A ANTITROMBINA É UM

ANTICOAGULANTE NATURAL, COFATOR DA HEPARINA, QUE INIBE A TROMBINA E O FATOR X ATIVADO EM CONCENTRAÇÕES FISIOLÓGICAS. É INDICADO PARA A INVESTIGAÇÃO DE DEFICIÊNCIA DE AT, CONGÊNITA OU ADQUIRIDA, ASSOCIADA A MANIFESTAÇÕES TROMBÓTICAS VENOSAS.

02.02.02.018-5 - DOSAGEM DE FATOR II

Alterações

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME QUE DOSA A PROTROMBINA E QUE MEDE A SUA ATIVIDADE NO PLASMA SANGUÍNEO. |
|----------------|--|

02.02.02.019-3 - DOSAGEM DE FATOR IX

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE PARA DIAGNÓSTICO DAS DEFICIÊNCIAS CONGÊNITA(HEMOFILIA B) OU ADQUIRIDA DE FATOR IX, NO ESTUDO DA FUNÇÃO HEPÁTICA, NA AVALIAÇÃO DE TTPA PROLONGADO E NO CONTROLE DE QUALIDADE DE CONCENTRADOS DE FATOR IX PRODUZIDOS EM HEMOCENTROS. |
|----------------|---|

02.02.02.020-7 - DOSAGEM DE FATOR V

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME QUE PODE DIAGNOSTICAR DEFICIÊNCIAS DE FATOR V, AVALIAR A FUNÇÃO HEPÁTICA E INVESTIGAR TEMPOS DE PROTROMBINA E TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA PROLONGADOS. |
|----------------|---|

02.02.02.021-5 - DOSAGEM DE FATOR VII

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE QUANTIFICA O FATOR VII QUE É UMA PROTEÍNA QUE PARTICIPA DA COAGULAÇÃO DO SANGUE E É IMPORTANTE NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO CAUSADOS POR DEFICIÊNCIA HEREDITÁRIA OU ADQUIRIDA DESSE FATOR. |
|----------------|---|

02.02.02.022-3 - DOSAGEM DE FATOR VIII

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE PARA DETECÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DO FATOR VIII QUE É UMA PROTEÍNA ESSENCIAL PARA A COAGULAÇÃO DO SANGUE.TAMBÉM CHAMADA FATOR ANTI-HEMOFÍLICO. (HEMOFILIA A). |
|----------------|---|

02.02.02.023-1 - DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE NO SANGUE UTILIZADO PARA DIAGNOSTICAR DEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS E ADQUIRIDAS DO FATOR VIII, BEM COMO INVESTIGAR TTPA (TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA PROLONGADO). A DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DE FATOR VIII PODE SER CAUSADA POR HEMOFILIA OU OUTRAS DEFICIÊNCIAS. |
|----------------|---|

02.02.02.024-0 - DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE EM DOSAR NO SANGUE, O FATOR DE VON WILLEBRAND (FWV) PARA O AUXÍLIO NO DIAGNÓSTICO NA DOENÇA DE VON WILLEBRAND(DVW), UMA AFECÇÃO HEREDITÁRIA. |
|----------------|---|

02.02.02.025-8 - DOSAGEM DE FATOR X

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NA DETECÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE FATOR X, IMPORTANTE PARA PACIENTES EM TERAPIA DE HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR OU NÃO FRACIONADA. A DOSAGEM REQUERIDA É CALCULADA COM BASE EM ACHADOS EMPÍRICOS. |
|----------------|---|

02.02.08.005-6 - BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME REALIZADO A PARTIR DE UMA AMOSTRA DE PELE RASPADA, FIXADA E CORADA PARA ANÁLISE EM MICROSCÓPIO PARA DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE. EM PACIENTES COM LESÕES CUTÂNEAS VISÍVEIS OU ÁREAS COM ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE, A COLETA É FEITA EM UM DOS LÓBULOS AURICULARES, COTOVELO DIREITO E LESÃO.EM LESÕES PLANAS, COLETA-SE NO |
|----------------|---|

LIMITE INTERNO, NOS NÓDULOS,TUBÉRCULOS E PLACAS ERITEMATOSAS MARGINADAS , COLETA-SE NO CENTRO.

02.02.08.007-2 - BACTERIOSCOPIA (GRAM)

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA BACTERIOSCOPIA, APÓS COLORAÇÃO PELO MÉTODO DE GRAM COM DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DE TRIAGEM, OU CONFIRMATÓRIO,DE MATERIAIS, SECREÇÕES OU FLUIDOS ORGÂNICOS COM O OBJETIVO DE INDICAR PRESENÇA DE MICRORGANISMOS ALÉM DO MATERIAL EXAMINADO. O RESULTADO É NEGATIVO QUANDO NÃO SÃO OBSERVADOS MICRORGANISMOS E POSITIVO QUANDO SÃO VISUALIZADOS MICRORGANISMOS. CLASSIFICA AS BACTÉRIAS COM BASE NO TAMANHO E MORFOLOGIA CELULAR, SENDO ÚTIL E RÁPIDO NO DIAGNÓSTICO DE UM AGENTE INFECIOSO E NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA AMOSTRA ANALISADA.

02.02.08.008-0 - CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME REALIZADO A PARTIR DA COLETA DE UMA AMOSTRA BIOLÓGICA, QUE É PREPARADA EM UM MEIO DE CULTURA ESPECIAL PARA QUE AS BACTÉRIAS CRESÇAM E SEJAM IDENTIFICADAS.

02.02.08.009-9 - CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS EM AMOSTRAS DE LEITE HUMANO PASTEURIZADO, OU SEJA, APÓS O TRATAMENTO TÉRMICO, CONDUZIDO A 62,5°C POR 30 MINUTOS, APLICADO AO LEITE HUMANO, COM O OBJETIVO DE INATIVAR 100% DOS MICRORGANISMOS PATOGÊNICOS E 99,99% DA MICROBIOTA SAPRÓFITA.

02.02.08.010-2 - CULTURA P/ HERPESVIRUS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE CONFIRMA OS ACHADOS DE PESQUISA DE CÉLULAS HERPÉTICAS EM APRESENTAÇÕES CLÍNICAS COM VESÍCULAS,PERMITINDO DIFERENCIAR COM AS INFECÇÕES PELO VÍRUS VARICELA-ZOSTER. ESTÁ ASSOCIADO COM GENGIVA ESTOMATITE, HERPES LABIAL,HERPES GENITAL, LESÕES CUTÂNEAS, CERATOCONJUNTIVITE, HERPES NEONATAL, MENINGITE ASSÉPTICA E ENCEFALITE. É INDICADA PARA APRESENTAÇÕES CLÍNICAS COM VESÍCULAS.

02.02.08.012-9 - CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAEROBICAS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME PARA DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES CAUSADAS POR MICRORGANISMOS ANAERÓBIOS. A CULTURA ESPECÍFICA PARA ANAERÓBIOS É INDICADA EM INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS, ABSCESSOS FECHADOS, INFECÇÕES EM SÍTIOS PROFUNDOS, LÍQUIDOS CAVITÁRIOS NOBRES OU EM INFECÇÕES SECUNDÁRIAS A MORDEDURAS E AINDA NA AVALIAÇÃO DE FALHA TERAPÊUTICA NA VIGÊNCIA DE TERAPIA ANTIMICROBIANA SEM COBERTURA PARA ANAERÓBIOS, PRESENÇA DE GÁS NA LESÃO, PRESENÇA DE GRÂNULOS EM DRENAGEM PURULENTA. AS AMOSTRAS DEVEM SER PROTEGIDAS DO CONTATO COM OXIGÊNIO.

02.02.08.014-5 - EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)

Alterações

Nova descrição

CONSISTE EM MÉTODO SIMPLES QUE PERMITE A OBSERVAÇÃO DIRETA DE MATERIAL BIOLÓGICO, COMO FEZES, SECREÇÃO VAGINAL OU URETRAL E SANGUE. PERMITE VISUALIZAR A MOTILIDADE DE TROFOZOÍTOS DOS PROTOZOÁRIOS EM FEZES RECÉM EMITIDAS, ANALISADAS ATÉ 30 MINUTOS APÓS A EVACUAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DE CISTOS DE PROTOZOÁRIOS E LARVAS DE HELMINTOS, A PREPARAÇÃO CORADA COM LUGOL. POSSIBILITA FAZER O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS VAGINITES E VAGINOSE, DE CORRIMENTO VAGINAL DILUÍDO EM MEIO SALINO PERMITINDO O TRATAMENTO ADEQUADO E IMEDIATO.

02.02.08.015-3 - HEMOCULTURA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME DE SANGUE REALIZADO COM O OBJETIVO DE ISOLAR E IDENTIFICAR MICRORGANISMOS NA CORRENTE SANGUÍNEA,PESQUISANDO BACTÉRIAS NO SANGUE ATRAVÉS DO USO DE MEIOS DE CULTURA ESPECÍFICOS, POSSIBILITANDO

IDENTIFICAR A BACTÉRIA CAUSADORA DA INFECÇÃO E A QUAL ANTIBIÓTICO É SENSÍVEL QUANDO ASSOCIADO AO ANTEBIOGRAMA. A COLETA DE SANGUE ESTÁ INDICADA QUANDO OCORRE PICOS DE FEBRE

02.02.08.016-1 - IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICRO-ORGANISMOS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO MÉTODO QUE UTILIZA CULTURA BACTERIANA E LEITURA AUTOMATIZADA DOS ESTÁGIOS E A IDENTIFICAÇÃO DE RESULTADOS, SENDO UM PROCESSO QUE AGILIZA A ANÁLISE MICROBIOLÓGICA CLÁSSICA. PARA ESTE MÉTODO SÃO NECESSÁRIAS A CULTURA BACTERIANA E A PRÉVIA SELEÇÃO DO GRUPO A IDENTIFICAR, ATRAVÉS DE MÉTODOS DE COLORAÇÃO.

02.02.08.017-0 - PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE DETECTA A PRESENÇA DO FUNGO PNEUMOCYSTIS JIROVECII (P. CARINII) NO ORGANISMO, PODENDO SER FEITO EM AMOSTRAS DE ESCARRO, LAVADO BRONCOALVEOLAR, SECREÇÃO TRAQUEAL E OUTROS MATERIAIS E FLUIDOS ORGÂNICOS.

02.02.08.018-8 - PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME LABORATORIAL REALIZADO PELA COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE PARA CULTURA, PARA CONFIRMAR A PRESENÇA DA BACTÉRIA CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE, CAUSADORA DA DIFTERIA.

02.02.08.019-6 - PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE DETECTA A PRESENÇA DO ESTREPTOCOCO BETA-HEMOLÍTICO DO GRUPO A NO ORGANISMO, RESPONSÁVEL POR FARINGITES, ESCARLATINA, IMPETIGO, PIODERMES, INFECÇÕES CUTÂNEAS, FASCITE NECROSANTE E SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO. O PROCEDIMENTO INCLUI A CULTURA E O TESTE RÁPIDO ATRAVÉS DE UM SWAB DE GARGANTA PARA DETECTAR QUALITATIVAMENTE A PRESENÇA DO ANTÍGENO STREP A EM AMOSTRAS PRESENTES NA REGIÃO.

02.02.08.020-0 - PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME DA AMOSTRA DO RASPADO DE UMA DA LESÃO QUE DETECTA A PRESENÇA DA BACTÉRIA HAEMOPHILUS DUCREYI CAUSADORA DO CANCRO MOLE, DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST).

02.02.08.021-8 - PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME REALIZADO PARA DETECÇÃO DE HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI), PODENDO SER FEITA POR MEIO DE EXAMES DE FEZES, SANGUE, AR EXALADO OU ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

02.02.08.022-6 - PESQUISA DE LEPTOSPIRAS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME DE SANGUE PARA DETECTAR A PRESENÇA DE ANTICORPOS OU DA BACTÉRIA LEPTOSPIRA, CUJO MÉTODO DE ESCOLHA DEPENDE DO ESTÁGIO DA DOENÇA.

02.02.09.001-9 - ÁCIDO ÚRICO NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME DO LÍQUIDO SINOVIAL PARA DETECTAR A PRESENÇA DE CRISTais DE ÁCIDO ÚRICO NO LÍQUIDO SINOVIAL QUE PODE INDICAR GOTAS OU PODE ESTAR ASSOCIADA A DERRAMES ARTICULARES.

02.02.09.002-7 - ADENOGRAMA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE ANALISA AS CÉLULAS DE UM GÂNGLIO LINFÁTICO RETIRADAS POR PUNÇÃO E QUE PODE SER COMPLEMENTADO POR UMA BIÓPSIA

GANGLIONAR.

02.02.09.003-5 - CITOLOGIA P/ CLAMIDIA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL UTILIZADO PARA DETECTAR CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE INFECÇÃO PELA CHLAMYDIA TRACHOMATIS (CT).

02.02.09.004-3 - CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME PARA ANÁLISE DE UMA AMOSTRA RETIRADA DA ULCERAÇÃO, DE LESÕES VESICULOBOLHOSAS E PUSTULARES QUE PODEM TER COMO CAUSA, O HERPESVÍRUS.

02.02.09.005-1 - CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LIQUOR

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE PERMITE AVALIAR A PRESENÇA DE PROCESSOS NEOPLÁSICOS, INFLAMATÓRIOS E INFECCIOSOS NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO QUE ENVOLVE A ANÁLISE DETALHADA DAS CÉLULAS PRESENTES NO LIQUOR, COM O OBJETIVO DE IDENTIFICAR OS TIPOS E AS CARACTERÍSTICAS DESSAS CÉLULAS

02.02.09.006-0 - CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME PARA A IDENTIFICAÇÃO E CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR E A CONSEQUENTE DEFINIÇÃO DO PERFIL DE RESPOSTA IMUNOLÓGICA, SENDO IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO, PODENDO AJUDAR A DIAGNOSTICAR DOENÇAS NEUROLÓGICAS.

02.02.09.007-8 - DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPÍDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO MÉTODO PARA AVALIAR A MATURIDADE PULMONAR FETAL ATRAVÉS DA ANÁLISE DA PRESENÇA DOS FOSFOLIPÍDEOS NO LÍQUIDO AMNIÓTICO.

02.02.09.008-6 - DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO MÉTODO PARA AVALIAR A MATURIDADE PULMONAR FETAL ATRAVÉS DA ANÁLISE DA PRESENÇA DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO.

02.02.09.009-4 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NA AVALIAÇÃO DOS NIVEIS DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA UTILIZADA, PRINCIPALMENTE, PARA AVALIAR A FUNÇÃO DAS GLÂNDULAS ACESSÓRIAS DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO.

02.02.09.010-8 - DOSAGEM DE FRUTOSE

Alterações

Nova descrição CONSISTE NA DOSAGEM DE FRUTOSE NO SANGUE PARA AVALIAR O METABOLISMO DA FRUTOSE E ESTÁ RELACIONADA COM A SÍNDROME METABÓLICA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS: DIABETES, OBESIDADE E DOENÇA CARDIOVASCULAR.

02.02.09.011-6 - DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE PODE SER FEITO EM AMOSTRAS DE SÊMEN OU DE SANGUE. NO SÊMEN, PARA AVALIAR A FUNÇÃO DA VESÍCULA SEMINAL E DA PRÓSTATA, A QUALIDADE DO SÊMEN, EM CASOS DE AZOOSPERMIA OU HIPOSPERMIA, O QUE AFETA A FERTILIDADE, MOTILIDADE E CAPACIDADE ESPERMÁTICA.

02.02.09.012-4 - DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES

Alterações

Nova descrição CONSISTE NA DOSAGEM DE GLICOSE EM LÍQUIDOS CAVITÁRIOS, TIPO SINOVIAL E PLEURAL, ENTRE OUTROS, COM A FINALIDADE DE INVESTIGAR PROCESSO

INFECCIOSO BACTERIANO. QUANDO EXISTEM BACTÉRIAS, OCORRE A METABOLIZAÇÃO DA GLICOSE E AUMENTA A DIFERENÇA ENTRE OS NÍVEIS SÉRICOS DA SUBSTÂNCIA E OS NÍVEIS ENCONTRADOS NO LÍQUIDO DE DERRAME, ASSIM, DEVE SER DOSADO CONCOMITANTEMENTE A GLICOSE NOS DOIS LÍQUIDOS. VALORES MUITO BAIXOS NO LÍQUIDO DE DERRAME SUGEREM EXISTÊNCIA DE PROCESSO INFECCIOSO.

02.02.09.013-2 - DOSAGEM DE PROTEINAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA DOSAGEM DE PROTEÍNA NO LÍQUIDO SINOVIAL QUE É ÚTIL PARA O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS, QUANDO COMBINADA À OUTROS EXAMES. A DETERMINAÇÃO DA CONCENTRAÇÃO DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO PLEURAL É DE POUCO VALOR, EXCETO QUANDO COMBINADA COM OUTROS PARÂMETROS QUE PERMITAM FAZER A DIFERENÇA ENTRE EXSUDATO E TRANSUDATO.

02.02.09.014-0 - DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO TESTE QUE DETECTA A FIBROSE CÍSTICA, UMA DOENÇA QUE PODE SER IDENTIFICADA TAMBÉM NO TESTE DO PEZINHO. É REALIZADO POR MEIO DA APLICAÇÃO DE PILOCARPINA COLÍRIO NA PELE, SEGUIDA DA LIBERAÇÃO DE UMA AMPERAGEM DE TRÊS VOLTS DURANTE CINCO MINUTOS. APÓS O QUE, O PACIENTE TEM OS BRAÇOS ENVOLVIDOS EM GAZES E FICAM EM CONTATO COM A PELE POR 30 MINUTOS.

02.02.09.015-9 - ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME DE LABORATÓRIO QUE ANALISA AS DIFERENTES FRAÇÕES DE PROTEÍNAS PRESENTES NO LÍQUIDO CEFALORRÁQUIDIANO PARA DIAGNOSTICAR E ACOMPANHAR DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

02.02.09.016-7 - ESPECTROFOTOMETRIA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE ESTIMA A QUANTIDADE DE BILIRRUBINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO, PERMITINDO AVALIAR A ANEMIA FETAL E DOENÇAS HEMOLÍTICAS. É UM MÉTODO INVASIVO QUE ENVOLVE AMNIOCENTESE.

02.02.09.017-5 - ESPLENOGRAMA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO EXAME QUE ANALISA AS CÉLULAS DO BAÇO, ATRAVÉS DE UMA PUNÇÃO ESPLÉNICA, TEM RESULTADO QUALITATIVO OU QUANTITATIVO, OU SEJA, PODE CONTAR E AVALIAR AS CÉLULAS.

02.02.09.018-3 - EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO ESTUDO DETALHADO DE LÍQUIDOS COMO SANGUE, DERRAME PLEURAL, LÍQUIDO SINOVIAL, ENTRE OUTROS, CEFALORRÁQUIDIANO QUE INCLUI UM CONJUNTO DE TESTES CITOLÓGICOS, MICROBIOLÓGICOS, IMUNOLÓGICOS E MOLECULARES, COM O OBJETIVO DE AUXILIAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SÍNDROMES CLÍNICAS QUE PODEM ACOMETER O SISTEMA NERVOSO.

02.02.09.019-1 - MIELOGRAMA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE EM EXAME REALIZADO A PARTIR DA PUNÇÃO ASPIRATIVA DA MEDULA ÓSSEA COM O OBJETIVO DE VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DA MEDULA PELA ANÁLISE DAS CÉLULAS SANGUÍNEAS PRODUZIDAS E PROPRICIAR O DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS.

02.02.09.022-1 - DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA DETECÇÃO DA FOSFATASE ÁCIDA QUE É UMA ENZIMA PRESENTE NO ESPERMA, OSSO, PRÓSTATA, BAÇO E NAS CÉLULAS SANGUÍNEAS. A PRESENÇA DE FOSFATASE ÁCIDA EM TECIDOS OU OBJETOS EM ELEVADA QUANTIDADE É UM GRANDE INDÍCIO DE MANCHA ESPERMÁTICA.

02.02.09.023-0 - PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR

Alterações

Nova descrição CONSISTE NA PARTE DA ANÁLISE FÍSICA, MACROSCÓPICA, DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO QUE EM CONDIÇÕES NORMAIS DEVE SER DE ASPECTO LÍQUIDO, LÍMPIDO E INCOLOR, INDICANDO BAIXA CELULARIDADE E AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO

02.02.09.024-8 - PESQUISA DE CÉLULAS ORANGIOFILAS**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NA PESQUISA DE CÉLULAS ORANGIÓFILAS, QUE SÃO CÉLULAS DA PELE DO FETO E DO VÉRMIX, É FEITO ATRAVÉS DE AMNIOCENTESE, E DESTINA-SE A DETERMINAR A PRESENÇA DE GORDURA INTRACELULAR E A MATURIDADE FETAL. AS CÉLULAS SÃO CORADAS COM AZUL DE NILO, QUE CORA OS LIPIDEOS NEUTROS, SÃO CONTADAS E AVALIADAS EM DIFERENCIAL RELATIVO, OU SEJA, A PERCENTAGEM DE CÉLULAS ORANGIÓFILAS AUMENTA À MEDIDA QUE O FETO AMADURECE.

02.02.09.025-6 - PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE PERMITE IDENTIFICAR CRISTAIS NO LÍQUIDO SINOVIAL OU NA URINA. É REALIZADO COM UM MICROSCÓPIO DE LUZ POLARIZADA.

02.02.09.026-4 - ESPERMOGRAMA**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE ESPERMOGRAMA, PARA AVALIAR A PRESENÇA DE ESPERMATOZOIDES NO LÍQUIDO EJACULADO. O EXAME É OBRIGATÓRIO APÓS A VASECTOMIA E RECOMENDADO APÓS TRÊS MESES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

02.02.09.027-2 - PESQUISA DE RAGOCITOS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE ANALISA A PRESENÇA DE LEUCÓCITOS POLINUCLEARES NO LÍQUIDO ARTICULAR, QUE ESTÃO PRESENTES EM DOENÇAS REUMATISMOS.

02.02.09.028-0 - PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE ANALISA A MOTILIDADE PROGRESSIVA ESPERMÁTICA (MP) QUE É UM DOS PARÂMETROS ANALISADOS NO ESPERMOGRAMA. AVALIA A MOVIMENTAÇÃO DOS ESPERMATOZOIDES.

02.02.09.029-9 - PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE DETECTA ANTÍGENOS BACTERIANOS, COMO HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE E NEISSERIA MENINGITIDIS, NO LÍQUOR. É UM MÉTODO RÁPIDO PARA DIAGNOSTICAR MENINGITES, MAS NÃO SUBSTITUI A CULTURA.

02.02.09.030-2 - PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO TESTE IMUNOLÓGICO RÁPIDO E SIMPLES QUE AJUDA A DIAGNOSTICAR A ARTRITE REUMATOIDE (AR), NELE É ADICIONADO UM REAGENTE ESPECÍFICO A UMA AMOSTRA DE SANGUE PARA VERIFICAR SE HÁ FORMAÇÃO DE GRUMOS, O QUE INDICA A PRESENÇA DE FR. OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS AO FR ENDOCARDITE BACTERIANA SUBAGUDA, MALÁRIA, SÍFILIS, TUBERCULOSE, HEPATITE CRÔNICA, HANSENÍASE (LEPRA), LEISHMANIOSE, LINFOMAS, MONONUCLEOSE INFECCIOSA.

02.02.09.031-0 - REAÇÃO DE PANDY**Alterações**

Nova descrição CONSISTE NO TESTE QUE AVALIA A QUANTIDADE DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO (LCR). É UM TESTE SEM QUANTITATIVO QUE SERVE PARA DETECTAR NÍVEIS ELEVADOS DE GLOBULINAS.

02.02.09.032-9 - REAÇÃO DE RIVALTA NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES**Alterações**

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE QUE É REALIZADO EM LÍQUIDOS CAVITÁRIOS, COMO O PLEURAL, (MAS NÃO DIRETAMENTE NO LÍQUIDO SINOVIAL), PARA DIFERENCIAR, BASICAMENTE, EXSUDATOS DE TRANSUDATOS. COLOCA-SE UMA GOTTA DO LÍQUIDO NUMA SOLUÇÃO ESPECÍFICA. A REAÇÃO É POSITIVA QUANDO AS GOTAS DO LÍQUIDO MANTÊM SUA FORMA E DESCSEM LENTAMENTE ATÉ A PARTE INFERIOR DO TUBO. A REAÇÃO É NEGATIVA QUANDO A GOTTA DO LÍQUIDO DESAPARECE NA SOLUÇÃO. |
|----------------|---|

02.02.09.033-7 - TESTE DE CLEMENTS

Alterações

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME BIOQUÍMICO QUE AVALIA A MATURIDADE PULMONAR FETAL. REALIZADO COM LÍQUIDO AMNÍÓTICO E É BASEADO NA CAPACIDADE DA LECITINA FORMAR BOLHAS QUANDO EM CONTATO COM ÁLCOOL ABSOLUTO E ÁGUA. |
|----------------|--|

02.02.09.034-5 - TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO PROCEDIMENTO QUE ANALISA MEDE A SECREÇÃO BASAL DO ESTÔMAGO E A SECREÇÃO APÓS UM ESTÍMULO. CONSISTE EM COLETAR A SECREÇÃO BASAL DO ESTÔMAGO DURANTE 60 MINUTOS EM 4 AMOSTRAS APÓS UM ESTÍMULO. |
|----------------|---|

02.02.09.035-3 - TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NA ANÁLISE GÁSTRICA DO CONTEÚDO DO ESTOMAGO PARA AVALIAR A PRODUÇÃO ÁCIDA DO ESTÔMAGO A HIPERSECREÇÃO GÁSTRICA APÓS PROVOCAR UMA HIPOGLICEMIA PELA ADMINISTRAÇÃO PARENTÉRICA DE INSULINA. É ÚTIL NO DIAGNÓSTICO DE DISTÚRBIOS GASTRO INTESTINAIS. CONSISTE EM INTRODUIR UMA SONDA NASOGÁSTRICA, ASPIRAR E DESCARTAR O CONTEÚDO GÁSTRICO. CONTINUA A COLETA DO SUCO GÁSTRICO POR 1 HORA, DIVIDINDO-O EM QUATRO AMOSTRAS PARA ANÁLISE. INDICADO EM PACIENTES COM ÚLCERAS RECORRENTES APÓS UMA VAGOTOMIA CIRÚRGICA E OS COM NÍVEIS DE GASTRINA SÉRICA ELEVADOS. |
|----------------|---|

02.02.11.001-0 - DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME QUE IDENTIFICA AS HEMOGLOBINAS VARIANTES(QUE SÃO DECORRENTES DE ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS NA HEMOGLOBINA) DE FORMA PRECOCE PARA INTEGRAR O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NAS HEMOGLOBINOPATIAS, PODENDO SER FEITA POR MEIO DE EXAMES DE SANGUE, COMO ELEKTROFORESE, CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA EFICIÊNCIA (HPLC) E MICROSCOPIA. |
|----------------|---|

02.02.11.002-8 - DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME QUE CONFIRMA A PRESENÇA DE ALTERAÇÕES GENÉTICAS QUE CAUSAM HEMOGLOBINOPATIAS QUE SÃO UM GRUPO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS QUE ALTERAM A PRODUÇÃO DE HEMOGLOBINA. AS MAIS FREQUENTES SÃO A DOENÇA FALCIFORME E A TALASSEMIA. O DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS HEMOGLOBINOPATIAS É FEITO PELO TESTE DO PEZINHO |
|----------------|---|

02.02.11.003-6 - DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME REALIZADO POR MEIO DO SEQUENCIAMENTO DO GENE CFTR. O GENE CFTR ESTÁ LOCALIZADO NO BRAÇO LONGO DO CROMOSSOMO 7. O TESTE INICIAL COMPÕE O TESTE DO PEZINHO. |
|----------------|---|

02.02.11.004-4 - DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

Alterações

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME LABORATORIAL QUE MEDE A QUANTIDADE DE FENILALANINA NO SANGUE, URINA, FEZES OU TECIDOS. É INDICADO PARA MONITORAR PACIENTES COM FENILCETONÚRIA QUE É UMA DOENÇA GENÉTICA QUE RESULTA DE UMA DEFICIÊNCIA DA ENZIMA FENILALANINA-HIDROXILASE. O TESTE INICIAL FAZ PARTE DO TESTE DOPEZINHO. |
|----------------|--|

02.02.11.005-2 - DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4

Alterações

Nova descrição CONSISTE NA REALIZAÇÃO E REGISTRO DOS 3 EXAMES NA PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO: DOSAGEM DE FENILALANINA, O TSH E O T4 SÃO EXAMES DE SANGUE QUE AVALIAM A FUNÇÃO DA TIROIDE.

02.02.11.006-0 - DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NUM PROCEDIMENTO QUE FAZ PARTE DO TESTE DO PEZINHO, PARA DETECTAR DOENÇAS HEREDITÁRIAS E ERROS INATOS DO METABOLISMO.

02.02.11.007-9 - DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE SANGUE QUE MEDE A QUANTIDADE DE TRIPSINA ATIVA NO ORGANISMO, PARA AVALIAR DANOS PANCREÁTICOS, COMO OS CAUSADOS PELA FIBROSE CÍSTICA. É INDICADO NO DIAGNÓSTICO DE TRIAGEM NEONATAL PARA FIBROSE CÍSTICA.

02.02.11.008-7 - DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

Alterações

Nova descrição CONSISTE EM EXAME DE SANGUE QUE AVALIA A FUNÇÃO DA TIROIDE ATRAVÉS DA DOSAGEM DO HORMÔNIO TIROESTIMULANTE (TSH) E DOS NÍVEIS DE TIROXINA (T4) LIVRE QUE CIRCULAM PELA CORRENTE SANGUÍNEA DO PACIENTE, RECOMENDADO PARA DIAGNOSTICAR E ACOMPANHAR O TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO OU DO HIPOTIREOIDISMO

02.10.01.002-9 - ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO ESTUDO ANGIOGRÁFICO SELETIVO DO ARCO AÓRTICO ATRAVÉS DA RADIOLOGIA E DE UM CONTRASTE INJETADO ATRAVÉS DE UM CATETER ARTERIAL.

Novos Atributos Complementares
009 - Exige CPF/CNS

02.10.01.008-8 - ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DE IMAGEM TAMBÉM DENOMINADO COMO ANGIOGRAFIA DIGITAL QUE PERMITE AVALIAR A CIRCULAÇÃO SANGUÍNEA, NESTE CASO POR VIA VENOSA. É REALIZADO COM INJEÇÃO DE CONTRASTE NOS VASOS SANGUÍNEOS, MONITORAMENTO COM APARELHO DIGITAL, PRODUÇÃO DE IMAGENS DE ALTA PRECISÃO PARA DIAGNOSTICAR PROBLEMAS VASCULARES, IDENTIFICAR ALTERAÇÕES OU LESÕES NOS VASOS E AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS COMO O INFARTO DO MIOCÁRDIO, ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS (AVC), ESTENOSES DA ARTÉRIA RENAL E EMBOLIAS PULMONARES.

Novos Atributos Complementares
009 - Exige CPF/CNS

02.11.04.003-7 - EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEÚDO CÉRVICO-VAGINAL

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME LABORATORIAL QUE ANALISA, UTILIZANDO UM MICROSCOPIO, UMA AMOSTRA DE SECREÇÃO VAGINAL DILuíDO EM MEIO SALINO PARA DIAGNOSTICAR VAGINITES E VAGINOSE. É UM MÉTODO SIMPLES E PODE SER REALIZADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE CAPACITADO.

02.11.04.005-3 - PERSUFLAÇÃO TUBARIA (DIAGNÓSTICA)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO PROCEDIMENTO DE HIDROTUBAÇÃO QUE PODE DIAGNOSTICAR PROBLEMAS NAS TUBAS UTERINAS.

02.11.05.005-9 - ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO MAPEAMENTO CEREBRAL QUE É UM EXAME NÃO INVASIVO QUE UTILIZA ELETRODOS COLOCADOS NO COURO CABELOU, QUE MEDEM A ATIVIDADE ELÉTRICA DO CÉREBRO, PERMITINDO DIAGNOSTICAR ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS, COMO

EPILEPSIA, TUMORES, DERRAMES E ALTERAÇÕES VASCULARES. OS ELETRODOS CAPTAM A ATIVIDADE ELÉTRICA DO CÉREBRO, QUE É CONVERTIDA EM UM MAPA COLORIDO, PROCESSADO POR COMPUTADOR.

02.11.05.006-7 - ELETROMIOGRAMA (EMG)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME DIAGNÓSTICO QUE AVALIA A ATIVIDADE ELÉTRICA DOS MÚSCULOS E NERVOS, E A TRANSMISSÃO ENTRE ELES.

02.11.05.007-5 - ELETROMIOGRAMA C/ ESTUDO DE FIBRA UNICA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME TAMBÉM CHAMADO DE "AVALIAÇÃO DO JITTER" QUE AVALIA A TRANSMISSÃO NEUROMUSCULAR PARA DIAGNOSTICAR DOENÇAS COMO A MIASTenia GRAVIS. É COMPLEMENTAR À ELETRONEUROMIOGRAFIA CONVENCIONAL. UTILIZA ELETRODOS ESPECIAIS PARA CAPTAR O POTENCIAL DE AÇÃO DAS FIBRAS MUSCULARES INDIVIDUALIZADAS.

02.11.05.008-3 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE AVALIA OS NERVOS E MÚSCULOS PARA COMPLEMENTAR O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS NEURO MUSCULARES. O EXAME É FEITO COM CHOQUES ELÉTRICOS DE BAIXA INTENSIDADE E AGULHAS QUE VAI ANALISAR A ATIVIDADE ELÉTRICA DOS MÚSCULOS E A CONDUÇÃO DOS IMPULSOS NERVOSES. PODE SER FEITO EM QUALQUER LOCAL DO CORPO, DEPENDENDO DA SUSPEITA CLÍNICA.

02.11.05.012-1 - POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPITO

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE MEDE A ATIVIDADE ELÉTRICA DO CÓRTEX VISUAL EM RESPOSTA A ESTÍMULOS VISUAIS. É REALIZADO COM ELETRODOS COLOCADOS NA REGIÃO OCCIPITAL DO CÉREBRO.

02.11.07.012-2 - ELETROCOCLEOGRAFIA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE UMA TÉCNICA DE REGISTRO DE POTENCIAIS ELÉTRICOS GERADOS NA ORELHA INTERNA E NO NERVO AUDITIVO EM RESPOSTA À ESTIMULAÇÃO SONORA, UTILIZANDO UM ELETRODO COLOCADO NO CANAL AUDITIVO OU NA MEMBRANA TEMPÂNICA

02.11.07.013-0 - ELETROGUSTOMETRIA

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO TESTE QUE ESTIMULA A LÍNGUA COM CORRENTES ELÉTRICAS, PROVOCANDO A SENSAÇÃO DE GOSTO METÁLICO OU ÁCIDO PARA MEDIR ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE GUSTATIVA. ÚTIL EM CASOS DE PARALISIAS FACIAIS PERIFÉRICAS, PERMITE ACOMPANHAR A RECUPERAÇÃO DO NERVO FACIAL E PERMITE ESTUDAR PARALISIAS FACIAIS PERIFÉRICAS DE DIVERSAS ETIOLOGIAS.

02.11.07.032-7 - TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)

Alterações

Nova descrição CONSISTE EM REALIZAR AVALIAÇÕES DA AUDIÇÃO PARA IDENTIFICAR PERDAS AUDITIVAS. OS TESTES MAIS CONHECIDOS SÃO O DE WEBER E O DE RINNE. TESTE DE WEBER - AVALIA A FISIOLOGIA DO NERVO VESTÍBULO-COCLEAR, RESPONSÁVEL PELA AUDIÇÃO. COMPARA A CAPTAÇÃO DO ESTÍMULO POR VIA ÓSSEA ENTRE AS DUAS ORELHAS, PODE DETECTAR PERDA AUDITIVA CONDUTIVA UNILATERAL E PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL UNILATERAL. TESTE DE RINNE - É COLOCADO UM DIAPASÃO VIBRANTE NO PROCESSO MASTOIDE ATÉ QUE O SOM NÃO SEJA MAIS OUVIDO PELO PACIENTE, COMPARA A CONDUÇÃO AÉREA E ÓSSEA.

02.11.08.001-2 - ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL

Alterações

Nova descrição CONSISTE NO EXAME QUE AVALIA A QUANTIDADE DE AR QUE PERMANECE NOS PULMÕES APÓS UMA EXPIRAÇÃO FORÇADA. É REALIZADO COM UM ESPIRÔMETRO, APARELHO QUE MEDE A VELOCIDADE E O VOLUME DO FLUXO DE AR. O PACIENTE

INSPIRA PROFUNDAMENTE E DEPOIS EXPIRA COM FORÇA E RAPIDEZ ATRAVÉS DO TUBO DO ESPIRÔMETRO. O ESPIRÔMETRO GRAVA O VOLUME DE AR INSPIRADO E EXPIRADO, E A DURAÇÃO DE CADA RESPIRAÇÃO.

| | |
|----------------------------------|---------|
| Serviços Classificação excluídos | 133-001 |
|----------------------------------|---------|

02.11.08.007-1 - PROVA FARMACODINAMICA

Alterações

| | |
|----------------------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE QUE ANALISA A RESPOSTA DO ORGANISMO AO MEDICAMENTO, INCLUINDO A RELAÇÃO ENTRE A DOSE ADMINISTRADA E A INTENSIDADE DA RESPOSTA TERAPÊUTICA. OS EFEITOS CAUSADOS PELOS FÁRMACOS PODEM SER DESEJÁVEIS, AQUELES QUE SÃO O OBJETIVO DA TERAPIA E INDESEJÁVEIS, QUE CAUSAM REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS COLATERAIS. |
| Serviços Classificação excluídos | 133-001 |

02.11.09.002-6 - CATETERISMO DE URETRA

Alterações

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO PROCEDIMENTO TAMBÉM CHAMADO DE CATETERISMO VESICAL E QUE CONSISTE NA INTRODUÇÃO DE UMA SONDA NA URETRA ATÉ À BEXIGA, SENDO MÉTODO PADRÃO PARA ACESSAR A BEXIGA URINÁRIA, INDICADO ANTES DE CIRURGIAS QUE EXIJAM ESVAZIAR A BEXIGA, QUANDO HÁ RETENÇÃO DE URINA, QUANDO HÁ OBSTRUÇÃO DO TRATO URINÁRIO, PARA LAVAGEM DA BEXIGA, PARA MONITORAR O DÉBITO URINÁRIO, QUANDO O PACIENTE É INCONTINENTE. |
|----------------|--|

02.12.01.004-2 - FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL

Alterações

| | |
|--------------------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME DE LABORATÓRIO QUE IDENTIFICA ANTÍGENOS NOS GLÓBULOS VERMELHOS DO SANGUE E É REALIZADA EM DOADORES E RECEPTORES DE SANGUE. |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.14.01.002-3 - PESQUISA DE CORPOS CETONICOS NA URINA

Alterações

| | |
|--------------------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO EXAME FEITO NA URINA QUE DETECTA A PRESENÇA DE MOLÉCULAS DERIVADAS DA GORDURA NA URINA, SITUAÇÃO CHAMADA DE CETONURIA. A PRESENÇA DESSAS MOLÉCULAS PODE INDICAR DESCOMPENSAÇÃO METABÓLICA COM AUMENTO DA DEGRADAÇÃO DOS LÍPÍDEOS PARA GERAR ENERGIA. |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.14.01.003-1 - PESQUISA DE GLICOSE NA URINA

Alterações

| | |
|--------------------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE TAMBÉM CHAMADO DE GLICOSÚRIA, QUE DETECTA A PRESENÇA DE GLICOSE NA URINA. É UM EXAME LABORATORIAL QUE PODE SER FEITO EM QUALQUER AMBIENTE, COMO CONSULTÓRIO OU EM CASA. |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.14.01.004-0 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO

Alterações

| | |
|----------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO TESTE QUE DETECTA A PRESENÇA DO VÍRUS HIV. DEVE SER FEITO EM TODAS AS GESTANTES, DE PREFERÊNCIA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ E EM SEUS PARCEIROS. ELE TAMBÉM PODE SER REALIZADO NO TERCEIRO TRIMESTRE OU NA HORA DO PARTO, ESPECIALMENTE NAQUELAS GESTANTES QUE NÃO TIVERAM ACESSO AO PRÉ-NATAL ADEQUADO. |
|----------------|--|

03.01.01.016-1 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Alterações

| | |
|----------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NA CONSULTA REALIZADA NA MORADIA DO PACIENTE E INTEGRA UM CONJUNTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS E REabilitação, COM CONTINUIDADE DO CUIDADO E INTEGRADA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, POR MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR. |
|----------------|---|

03.01.08.001-1 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)

| Alterações | |
|--------------------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO MODELO DE INTERVENÇÃO, QUE CONSIDERA A RELAÇÃO TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TABAGISMO TENTANDO SENSIBILIZAR O PACIENTE PARA MUDAR O PENSAMENTO E O COMPORTAMENTO DO TABAGISTA. DEVE SER REGISTRADO CADA ATENDIMENTO DE CADA PACIENTE. |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.09.001-7 - ATENDIMENTO EM GERIATRIA (1 TURNO)

| Alterações | |
|-------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AOS IDOSOS, EM CENTRO ESPECIALIZADO, DESENVOLVENDO PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE SAÚDE, ASSIM COMO INCENTIVANDO A SOCIALIZAÇÃO DOS PACIENTES. É DESTINADO À PERMANÊNCIA DIURNA DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA PARCIAL NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUE NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. NO PERÍODO DE 1 TURNO. |

03.01.09.002-5 - ATENDIMENTO EM GERIATRIA (2 TURNOS)

| Alterações | |
|-------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AOS IDOSOS, EM CENTRO ESPECIALIZADO, DESENVOLVENDO PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE SAÚDE, ASSIM COMO INCENTIVANDO A SOCIALIZAÇÃO DOS PACIENTES. É DESTINADO À PERMANÊNCIA DIURNA DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA PARCIAL NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUE NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. NO PERÍODO DE 2 TURNOS. |

03.01.12.003-0 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HEMOGLOBINOPATIAS

| Alterações | |
|--------------------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO REGULAR, FEITO POR MEIO DE CONSULTAS CLÍNICAS E HEMATOLÓGICAS, ALÉM DE EXAMES E AVALIAÇÕES ESPECIALIZADAS, NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS),ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE ROTINA, ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO HEMATOLÓGICO, ACOMPANHAMENTO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR,ASSIM COMO AVALIAÇÕES ATRAVÉS DE REGULAÇÃO EM NEUROLOGIA,OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CIRURGIA PEDIÁTRICA E GINECOLOGIA. |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.03.06.008-5 - TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES CARDÍACAS PÓS-CIRURGIA

| Alterações | |
|-------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PACIENTE QUE APRESENTA COMPLICAÇÕES CARDÍACAS PÓS-CIRÚRGICAS, QUE NECESSITAM DE INTERNAÇÃO E ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DA PATOLOGIA DESENVOLVIDA APÓS A CIRURGIA CARDÍACA. PODENDO SER COMPLICAÇÕES IMEDIATAS COMO REAÇÕES À ANESTESIA, PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS OU REAÇÕES ALÉRGICAS, SANGRAMENTO EXCESSIVO E INFECÇÃO OU TARDIAS, COMO LESÕES EM ESTRUTURAS CARDÍACAS OU PROBLEMAS DE RITMO CARDÍACO. |

03.03.06.010-7 - TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA

| Alterações | |
|-------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NO TRATAMENTO DO PACIENTE EM INTERNAÇÃO COM AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA IGUAL OU ACIMA DE 180/120MMHG E APRESENTANDO SINTOMAS COMO TONTURA, ZUMBIDOS, DOR DE CABEÇA, SENSAÇÃO DE FALTA DE AR, DOR NO PEITO E VISÃO EMBAÇADA, PODENDO TER OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS. PODE SER UM PRIMEIRO EPISÓDIO OU SUBSEQUENTES, NAQUELES QUE NÃO SEGUEM OU ESTÃO REATIVOS AO TRATAMENTO RECOMENDADO. |

03.03.06.013-1 - TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMÃO

| Alterações | |
|-------------------|---|
| Nova descrição | CONSISTE NUM TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA MÉDICA PROVOCADO PELO EXTRAVASAMENTO DE LÍQUIDOS DOS VASOS SANGUÍNEOS PARA O TECIDO PULMONAR, DIFICULTANDO A RESPIRAÇÃO. É CAUSADO POR AUMENTO DA PRESSÃO DENTRO DOS VASOS SANGUÍNEOS OU AUMENTO DA PERMEABILIDADE DOS VASOS DECORRENTES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, INFARTO AGUDO DO |

MIOCÁRDIO, DOENÇA DAS VÁLVULAS DO CORAÇÃO, CRISE HIPERTENSIVA, INFECÇÕES, DOENÇA RENAL, USO DE MEDICAMENTOS OU AINDA POR LESÃO NEUROLOGICA.

03.03.06.014-0 - TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NUM QUADRO CLÍNICO GRAVE TENDO TEM COMO CAUSA MAIS COMUM QUANDO COÁGULO SE SOLTA DAS VEIAS DAS PERNAS OU DA PELVE E SE ALOJA EM UMA DAS ARTÉRIAS DO PULMÃO, OBSTRUINDO O FLUXO DE SANGUE. DEPENDENDO DO TAMANHO DO TROMBO, A EMBOLIA PULMONAR PODE PROVOCAR MORTE SÚBITA. A OBSTRUÇÃO DE UMA ARTÉRIA DO PULMÃO CAUSA ISQUEMIA E INFARTO DO TECIDO PULMONAR QUE DEPENDE DA ARTÉRIA OBSTRUÍDA PARA RECEBER SANGUE E OXIGÊNIO. QUANTO MAIS EXTENSA A ÁREA DE INFARTO PULMONAR, MAIS GRAVE O QUADRO. NÃO HÁ TRATAMENTO ESPECÍFICO, E SIM VISA MANTER O PACIENTE ESTÁVEL, CONTROLANDO A PRESSÃO ARTERIAL, OXIGENOTERAPIA E USO DE ANTICOAGULANTES E TROMBOLÍTICOS. A ÁREA PULMONAR ACOMETIDA É IRRECUPERÁVEL.

03.03.06.015-8 - TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PROTESE VALVAR

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA INFECÇÃO DO ENDOCÁRDIO A PARTIR DE UMA PRÓTESE VALVAR E O TRATAMENTO DEVE SER INSTITuíDO IMEDIATAMENTE COM TERAPIA ANTIMICROBIANA EFICAZ, MONITORAMENTO DA RESPOSTA À TERAPIA E FUNÇÃO DA VÁLVULA, GESTÃO DE QUALQUER TERAPIA ANTITROMBÓTICA INDICADA, AVALIAÇÃO DE POTENCIAIS FONTES DE INFECÇÃO E NECESSIDADE DE REMOÇÃO DE QUAISQUER DISPOSITIVOS IMPLANTADOS INFECTADOS OU ACESSO ATROVENTRICULAR. A TERAPIA DEVE SER GUIADA PELA HEMOCULTURA E SENSIBILIDADE DO ANTIBIOPRIMA.

03.03.06.016-6 - TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM VALVULA NATIVA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA INFECÇÃO DO ENDOCÁRDIO A PARTIR DE UMA VÁLVULA NATIVA E O TRATAMENTO DEVE SER INSTITuíDO IMEDIATAMENTE COM TERAPIA ANTIMICROBIANA EFICAZ, MONITORAMENTO DA RESPOSTA À TERAPIA E FUNÇÃO DA VÁLVULA, GESTÃO DE QUALQUER TERAPIA ANTITROMBÓTICA INDICADA, AVALIAÇÃO DE POTENCIAIS FONTES DE INFECÇÃO E NECESSIDADE DE REMOÇÃO DE QUAISQUER DISPOSITIVOS IMPLANTADOS INFECTADOS OU ACESSO ATROVENTRICULAR. A TERAPIA DEVE SER GUIADA PELA HEMOCULTURA E SENSIBILIDADE DO ANTIBIOPRIMA. É UMA DOENÇA QUE ACOMETE AS SUPERFÍCIES DO ENDOCÁRDIO, CAUSADOS POR UMA VARIEDADE DE AGENTES INFECCIOSOS, SENDO UMAS DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE VALVOPATIAS.

03.03.06.017-4 - TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO PULMONAR

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO TRATAMENTO DA DESCOMPENSAÇÃO CLINICA OCASIONADO PELA DOENÇA NA QUAL HÁ ELEVAÇÃO DA PRESSÃO MÉDIA NAS ARTÉRIAS PULMONARES (PAPM), (≥ 25 MMHG) E RESISTÊNCIA NA CIRCULAÇÃO PULMONAR, LEVANDO A SINTOMAS INESPECÍFICOS COMO DISPNEIA, FADIGA, SÍNCOPE E DOR TORÁCICA. O TRATAMENTO DEPENDE DA SUA CAUSA.

03.03.06.020-4 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRITICA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO TRATAMENTO PARA MELHORAR O FLUXO SANGUÍNEO PARA AS ÁREAS COMPROMETIDAS, OU SEJA, ÁREAS ONDE HÁ UM ESTREITAMENTO OU BLOQUEIO DAS ARTÉRIAS, RESULTANDO EM UMA DIMINUIÇÃO DO FLUXO DE SANGUE E OXIGÊNIO PARA UM DETERMINADO TECIDO OU ÓRGÃO. A ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBRO INFERIOR (ICMI) É UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA QUE SE CARACTERIZA POR DOR EM REPOUSO OU LESÕES TRÓFICAS, COMO ÚLCERAS OU GANGRENA, COM RISCO DE PERDA DO MEMBRO AFETADO. O PACIENTE APRESENTA DOR INTENSA E DE DIFÍCIL CONTROLE, MESMO COM ANALGÉSICOS POTENTES PODE INCLUIR MEDICAMENTOS VASODILATADORES E/OU ANTICOAGULANTES.

03.03.06.021-2 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO TRATAMENTO, DE ACORDO COM O TIPO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, QUE É UMA CONDIÇÃO EM QUE O CORAÇÃO NÃO CONSEGUE BOMBAR O SANGUE ADEQUADAMENTE. CONFORME A EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS, A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PODE SER CLASSIFICADA EM: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA, AGUDA, DECOMPENSADA OU CONGESTIVA. DE ACORDO COM O TIPO CLASSIFICADO, O

TRATAMENTO DEVE SER ADAPTADO E INICIADO IMEDIATAMENTE, PARA EVITAR O AGRAVAMENTO E O SURGIMENTO DE COMPLICAÇÕES, COMO INSUFICIÊNCIA RENAL OU EDEMA PULMONAR, QUE PODEM COLOCAR EM RISCO A VIDA DO PACIENTE.

03.03.08.001-9 - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NA APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA ÁCIDA OU CÁUSTICA SOBRE UMA PEQUENA LESÃO PARA REMOVÉ-LA, PODENDO SER UTILIZADO PARA TRATAR LESÕES PRÉ-CANCEROSAS, VERRUGAS VIRais, CERATOSES ACTÍNICAS, CERATOSES SEBORREICAS E MANCHAS DO SOL. (MELANOSES SOLARES)

03.03.08.002-7 - DESBASTAMENTO DE CALOSIDADE E/OU MAL PERFORANTE (DESBASTAMENTO)

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO PROCEDIMENTO PODOLÓGICO QUE REMOVE O TECIDO HIPERQUERATOSO E A PELE ESPESSA QUE FORMA OS CALOS E ASCALOSIDADES E A LIMPEZA SUPERFICIAL DA ÚLCERA NA PLANTA DOS PÉS, CHAMADA DE MAL PERFORANTE.

03.03.08.003-5 - ESFOLIAÇÃO QUÍMICA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE NO PROCEDIMENTO QUE REMOVE CÉLULAS MORTAS DA PELE ATRAVÉS DE PRODUTOS QUE CONTÊM ÁCIDOS ESFOLIANTES. OS ÁCIDOS PENETRAM NA PELE, ACELERANDO A REGENERAÇÃO E A RENOVAÇÃO CELULAR

03.08.04.002-3 - TRATAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINAIS

Alterações

Nova descrição

CONSISTE EM OCORRÊNCIAS MÉDICAS INDESEJADAS QUE PODEM SURGIR APÓS A VACINAÇÃO NÃO POSSUINDO NECESSARIAMENTE UMA RELAÇÃO CAUSAL COM UMA VACINA. A OCORRÊNCIA DE EAPV PODE SER INFLUENCIADA POR VÁRIOS FATORES, COMO O TIPO DE VACINA, O VACINADO E A TECNOLOGIA ENVOLVIDA NO PROCESSO. ENTRE OS EVENTOS ADVERSOS TEMOS A VACINAS QUE DÃO: DOR DE CABEÇA, DOR, FADIGA E CANSAÇO FÍSICO, IRRITABILIDADE (EM CRIANÇAS), SONOLÊNCIA, PERDA DE APETITE, FEBRE, EXANTEMA, VERMELHIDÃO, NÓDULO NO LOCAL DA APLICAÇÃO, DORES MUSCULARES. A NOTIFICAÇÃO IMEDIATA DE EAPV É FUNDAMENTAL, PRINCIPALMENTE NO CASO DE NOVOS IMUNIZANTES. A MAIORIA DOS EAPV NÃO CAUSA DANOS PERMANENTES, MAS EM ALGUMAS SITUAÇÕES PODEM LEVAR AO ÓBITO.

04.06.05.009-0 - ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPEUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICIAL ESQUERDA)

Alterações

Nova descrição

ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO, POR VIA PERCUTÂNEA, QUE PERMITE O TRATAMENTO POR ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICIAL ESQUERDA.

PORTARIA nº 2.771 de 10/06/2025 - SAES

02.02.03.056-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA

Alterações

Nova descrição

CONSISTE EM UM TESTE POR IMUNOFLUORENCÊNCIA INDIRETA, PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIAS NO SORO. UTILIZADO PARA O DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS IMUNOMEDIADAS E AUTOIMUNES.

02.02.03.059-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO

Alterações

Nova descrição

CONSISTE EM UM TESTE POR IMUNOFLUORENCÊNCIA INDIRETA, PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTINUCLEARES NO SORO. UTILIZADO PARA O DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS IMUNOMEDIADAS E AUTOIMUNES.

PORTARIA nº 7.076 de 09/06/2025 - GM

05.01.04.008-0 - IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS

Alterações

| | |
|--------------------------------|--|
| Nova descrição | CONSISTE NA TIPIFICAÇÃO DE HLA DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS QUANTO AOS LOCI A, B, C, DRB1/3/4/5, DQA, DQB, DPA E DPB POR BIOLOGIA MOLECULAR. |
| Valor | Ambulatorial: R\$ 1.300,00; Hospitalar: R\$ 1.300,00; |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

07.02.12.001-4 - LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO DE CORAÇÃO P/ TRANSPLANTE (LITRO)**Alterações**

Valor Hospitalar: R\$ 1.101,21;

07.02.12.002-2 - LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO DE FÍGADO P/ TRANSPLANTE (LITRO)**Alterações**

Valor Hospitalar: R\$ 1.101,21;

07.02.12.003-0 - LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO DE PANCREAS P/ TRANSPLANTE (LITRO)**Alterações**

Valor Hospitalar: R\$ 1.101,21;

07.02.12.004-9 - LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO DE PULMÃO P/ TRANSPLANTE (LITRO)**Alterações**

Valor Hospitalar: R\$ 1.101,21;

07.02.12.005-7 - LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO DE RIM P/ TRANSPLANTE (LITRO)**Alterações**

Valor Hospitalar: R\$ 1.101,21;

PORTARIA nº 7.273 de 18/06/2025 - GM

02.01.01.016-0 - BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA**Alterações**

| | |
|--------------------------------|--|
| Novos Instrumentos de Registro | 07 - APAC (Proc. Secundário) |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS, 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Novas Regras Condicionadas | 0012 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO EM FAEC NO PMAE |

02.03.02.003-0 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)**Alterações****02.05.02.016-0 - ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)****Alterações**

| | |
|--------------------------------|--|
| Novos Instrumentos de Registro | 07 - APAC (Proc. Secundário) |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS, 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Novas Regras Condicionadas | 0012 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO EM FAEC NO PMAE |

02.05.02.018-6 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL**Alterações**

| | |
|--------------------------------|--|
| Novos Instrumentos de Registro | 07 - APAC (Proc. Secundário) |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS, 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Novas Regras Condicionadas | 0012 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO EM FAEC NO PMAE |

02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

| Alterações

02.09.03.001-1 - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

| Alterações

| | |
|--------------------------------|--|
| Novos Instrumentos de Registro | 07 - APAC (Proc. Secundário) |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS, 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Novas Regras Condicionadas | 0012 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO EM FAEC NO PMAE |

04.17.01.006-0 - SEDACAO

| Alterações

08.04.02.002-7 - TELEDIAGNÓSTICO

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---|
| Novos Instrumentos de Registro | 07 - APAC (Proc. Secundário) |
| Novos Atributos Complementares | 053 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) |
| Novas Regras Condicionadas | 0012 - CONDICIONA O TIPO DE FINANCIAMENTO EM FAEC NO PMAE |

PORTARIA nº 2.851 de 17/06/2025 - SAES

01.01.02.005-8 - APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.006-6 - APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.007-4 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.008-2 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.009-0 - SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.010-4 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.02.012-0 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

01.01.03.001-0 - VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.03.002-9 - VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.04.005-9 - ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.001-1 - PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.002-0 - TERAPIA COMUNITÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.004-6 - YOGA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.005-4 - OFICINA DE MASSAGEM/ AUTO-MASSAGEM

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.006-2 - SESSÃO DE ARTETERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.007-0 - SESSÃO DE MEDITAÇÃO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.008-9 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.009-7 - SESSÃO DE ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.010-0 - SESSÃO DE BIODANÇA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

01.01.05.011-9 - SESSÃO DE BIOENERGÉTICA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

01.01.05.012-7 - SESSÃO DE CONSTELAÇÃO FAMILIAR**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

01.01.05.013-5 - SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

01.01.05.014-3 - SESSÃO DE TERMALISMO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.01.01.054-2 - BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.01.02.002-5 - COLETA DE LINFA PARA PESQUISA DE M. LEPRAE**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.01.02.003-3 - COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.01.02.004-1 - COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.01.02.005-0 - COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.02.02.045-2 - PESQUISA DE PLASMODIOS POR GOTAS ESPESSAS E ESFREGAÇÕES**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.02.03.024-5 - INTRADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.02.03.130-6 - DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA**Alterações**

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

02.02.05.025-4 - PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.02.07.018-2 - DOSAGEM DE CICLOSPORINA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.04.01.021-7 - RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.04.01.022-5 - RADIOGRAFIA PERIAPICAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.04.02.001-8 - MIELOGRAFIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.04.05.007-3 - PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.04.06.002-8 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.05.01.002-4 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.06.01.004-4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.06.01.005-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.06.01.006-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.06.01.008-7 - TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.06.03.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.01.001-3 - ANGIORESSIONANCIA CEREBRAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.01.002-1 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.01.006-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.01.007-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.02.001-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.02.003-5 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.03.001-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.03.004-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

| Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.07.03.005-7 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÈTRICA DA PROSTATA

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.001-7 - CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.002-5 - CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.004-1 - CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.005-0 - CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.006-8 - CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.007-6 - CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.008-4 - CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.01.009-2 - DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.001-2 - CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.002-0 - CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES

| Alterações

| Novos Atributos

| Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.003-9 - CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.005-5 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LÍQUIDO)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.006-3 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.007-1 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.008-0 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.009-8 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.010-1 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.011-0 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.02.012-8 - IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.03.001-8 - CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.03.002-6 - CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.08.03.003-4 - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO

| Alterações

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

02.08.03.004-2 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.03.005-0 - TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.002-1 - CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.003-0 - CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTALE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.005-6 - CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.006-4 - CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.007-2 - CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.008-0 - DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.009-9 - DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.04.010-2 - ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.05.001-9 - CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.05.003-5 - CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.05.004-3 - CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.06.001-4 - CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.06.002-2 - CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.06.003-0 - ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.07.001-0 - CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.07.002-8 - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.07.003-6 - CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.07.004-4 - CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.08.001-5 - CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.08.002-3 - DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.08.003-1 - DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOS)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

02.08.08.004-0 - LINFOCINTILOGRAFIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.09.001-0 - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.09.002-9 - CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.08.09.003-7 - CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.003-7 - ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.004-5 - AORTOGRAFIA ABDOMINAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.005-3 - AORTOGRAFIA TORACICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.006-1 - ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.007-0 - ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.009-6 - ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.010-0 - ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.011-8 - ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

02.10.01.012-6 - ARTERIOGRAFIA PELVICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.013-4 - ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.014-2 - ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.015-0 - ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.016-9 - ESPLENOPORTOGRAFIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.017-7 - FLEBOGRAFIA DE MEMBRO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.018-5 - FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.019-3 - LINFANGIOADENOGRÁFIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.01.020-7 - PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.10.02.001-6 - COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

02.11.05.010-5 - POLISSONOGRAFIA

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 133-001 |

02.11.06.027-5 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.009-7 - HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DA HEPATITE A**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.014-3 - HISTOPATOLOGIA P/ IDENTIFICACAO DE HEPATITE C**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.016-0 - HISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE A**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.017-8 - HISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DE HEPATITE C**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.018-6 - IDENTIFICAÇÃO DE VÍRUS DA RAIVA POR RT-PCR**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.019-4 - IDENTIFICAÇÃO DO HANTAVÍRUS POR RT-PCR (HANTAVIROSE)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.021-6 - IMUNOCROMATOGRAFIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PLASMODIOS (MALARIA)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.024-0 - IMUNOFLUORESCENCIA INDIRETA P/ (IDENTIFICACAO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE))**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.030-5 - IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICAÇÃO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.033-0 - IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICAÇÃO DO VÍRUS DA DENGUE**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.13.01.034-8 - IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA FEBRE AMARELA**Alterações**

Novos Atributos

| | |
|----------------|---------------------|
| Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|----------------|---------------------|

02.13.01.036-4 - IMUNOHISTOQUIMICA P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE D

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.037-2 - ISOLAMENTO DA RICKETTSIA RICKETTSII (FEBRE MACULOSA)

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.040-2 - ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.042-9 - ISOLAMENTO DO VIRUS DA POLIOMIELITE

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.043-7 - ISOLAMENTO DO VIRUS DA RAIVA

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.044-5 - ISOLAMENTO DO VIRUS DO SARAMPO

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.054-2 - GENOTIPAGEM DO VIRUS DA HEPATITE C (HCV)

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.067-4 - TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO IN SITU PARA IDENTIFICAÇÃO DO VÍRUS DA DENGUE

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.078-0 - DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HIV

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.079-8 - DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HBV

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.080-1 - DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HCV

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|-----------------------------------|---------------------|

02.13.01.081-0 - CONTAGEM RÁPIDA DE LINFÓCITOS CD4

| | |
|------------|--|
| Alterações | |
|------------|--|

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.001-5 - GLICEMIA CAPILAR

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.008-2 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.009-0 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.016-3 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.017-1 - TESTE RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DE CONTATOS DE HANSENIASE

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.018-0 - TESTE RÁPIDO PARA MALÁRIA

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.020-1 - TESTE IMUNOCROMATOGRÁFICO RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS EM AMOSTRAS HUMANAS DE SANGUE TOTAL, SORO OU PLASMA PARA O DIAGNÓSTICO DA LVH..

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

02.14.01.021-0 - TESTE RÁPIDO CRAG PARA CRIPTOCOCOSE

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.001-3 - CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.002-1 - CONSULTA COM IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.006-4 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.009-9 - CONSULTA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FUMANTE**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.011-0 - CONSULTA PRÉ-NATAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.012-9 - CONSULTA PUERPERAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.013-7 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.015-3 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.022-6 - ACONSELHAMENTO GENÉTICO**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.026-9 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.027-7 - AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PUERICULTURA**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.01.028-5 - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE MATURAÇÃO SEXUAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.001-0 - ATENDIMENTO CLÍNICO PARA INDICAÇÃO E FORNECIMENTO DO DIAFRAGMA UTERINO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.007-9 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.008-7 - ATENDIMENTO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.009-5 - EXAME DO PÉ DIABÉTICO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.014-1 - INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.015-0 - RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.017-6 - INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.04.018-4 - RETIRADA DO IMPLANTE SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.002-3 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.005-8 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.008-2 - ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.009-0 - ATENDIMENTO MEDICO COM FINALIDADE DE ATESTAR ÓBITO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.010-4 - VISITA DOMICILIAR PÓS ÓBITO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.011-2 - ADMINISTRAÇÃO DE IMUNODERIVADOS (ORAL E/OU PARENTERAL)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.012-0 - TERAPIA DE REIDRATAÇÃO PARENTERAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.013-9 - BUSCA ATIVA

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.014-7 - VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.05.015-5 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.06.003-7 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.06.004-5 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 8 HORAS

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.06.005-3 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA COM REMOÇÃO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.07.020-2 - ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.09.003-3 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.10.004-7 - CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.01.10.005-5 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.010-1 - INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.012-8 - LAVAGEM GASTRICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.013-6 - ORDENHA MAMÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.014-4 - OXIGENOTERAPIA POR DIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.015-2 - RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS (POR PACIENTE)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.017-9 - SONDAGEM GÁSTRICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.018-7 - TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.019-5 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.020-9 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.021-7 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.022-5 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA (SC)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.023-3 - ADMINISTRAÇÃO TÓPICA DE MEDICAMENTO(S)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.024-1 - ADMINISTRAÇÃO DE PENICILINA PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.027-6 - CURATIVO ESPECIAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.10.028-4 - CURATIVO SIMPLES

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.12.001-3 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM FENILCETONÚRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.12.002-1 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.12.004-8 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.13.001-9 - AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETRÔNICA DE DISPOSITIVO ELÉTRICO CARDÍACO IMPLANTÁVEL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.13.007-8 - ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO PARA MALÁRIA NÃO COMPLICADA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.01.14.001-4 - ATENDIMENTO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALLIATIVOS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.03.07.003-0 - REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.03.12.005-3 - TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE)

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.03.12.006-1 - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.03.12.007-0 - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.01.002-0 - COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSAO (C/ PROCESSADORA AUTOMATICA)

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.001-7 - AFERESE TERAPEUTICA

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.005-0 - TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE GRANULOCITOS

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.009-2 - TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.010-6 - TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.013-0 - TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUSÃO)

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.06.02.015-7 - TRANSFUSAO FETAL INTRA-UTERINA

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.001-5 - CAPEAMENTO PULPAR

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.003-1 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA

Alterações

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.006-6 - TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.007-4 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.008-2 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.009-0 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.010-4 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.011-2 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.012-0 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.013-9 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.014-7 - ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.01.015-5 - ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.02.001-0 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.02.002-9 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

03.07.02.007-0 - PULPOTOMIA DENTÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.002-4 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIAS (POR SEXTANTE)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.004-0 - PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.005-9 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIAS (POR SEXTANTE)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.006-7 - TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE AGUDA (GUNA)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.007-5 - TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.03.008-3 - TRATAMENTO DE PERICORONARITE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.007-0 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.012-7 - MANUTENÇÃO/CONERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.013-5 - CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.014-3 - ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.015-1 - AJUSTE OCCLUSAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.016-0 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.07.04.017-8 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL COM FINALIDADE ORTODÔNTICA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.004-9 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.005-7 - SESSÃO DE MASSOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.006-5 - TRATAMENTO TERMAL/CRENOTERÁPICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.007-3 - TRATAMENTO NATUROPÁTICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.008-1 - TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.009-0 - TRATAMENTO QUIROPRÁTICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.011-1 - SESSÃO DE APITERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.012-0 - SESSÃO DE AROMATERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.013-8 - SESSÃO DE CROMOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.014-6 - SESSÃO DE GEOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.015-4 - SESSÃO DE HIPNOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.016-2 - SESSÃO DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.017-0 - SESSÃO DE OZONIOTERAPIA APLICADA À ODONTOLOGIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.018-9 - SESSÃO DE TERAPIA DE FLORAIS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.019-7 - TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.020-0 - TRATAMENTO FITOTERÁPICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.021-9 - TRATAMENTO ANTROPOSÓFICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.022-7 - TRATAMENTO AYURVÉDICO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.09.05.023-5 - TRATAMENTO EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

03.10.01.001-2 - ASSISTÊNCIA AO PARTO SEM DISTOCIA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.01.01.003-1 - DRENAGEM DE ABSCESSO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.01.01.006-6 - EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

04.01.01.008-2 - FRENÉCTOMIA/FRENOTOMIA.

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.01.02.017-7 - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.04.01.030-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.07.03.008-5 - COLOCAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.07.03.009-3 - DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSES E ANASTOMOSES BILIARES

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.07.03.010-7 - DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA EXTERNA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.07.03.011-5 - DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA INTERNA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.07.03.023-9 - RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULOS BILIARES

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.09.01.010-3 - COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE CATETER PIELO-URETERO-VESICAL UNILATERAL.

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.09.01.011-1 - DILATAÇÃO PERCUTÂNEA DE ESTENOSES URETERAIS E JUNÇÃO URETERO-VESICAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.09.01.042-1 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DE RIM POR PUNÇÃO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

04.13.01.002-3 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM PEQUENO QUEIMADO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.012-0 - EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.013-8 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.017-0 - GLOSSORRAFIA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.038-3 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.040-5 - ULOTOMIA/ULECTOMIA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.14.02.043-0 - EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

04.16.03.014-9 - RESSECÇÃO EM CUNHA DE LÁBIO E SUTURA EM ONCOLOGIA**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

**05.01.01.001-7 - COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO P/ EXAMES DE
HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)****Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

**05.01.01.002-5 - IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO
HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)****Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

**05.01.01.005-0 - IDENTIFICACAO DE DOADOR VOLUNTÁRIO DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS PARA CADASTRO NO REDOME (POR DOADOR TIPADO)**

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.01.006-8 - IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR NÃO APARENTADO DE CÉLULAS-TRÔNCO HEMATOPOÉTICAS (POR DOADOR TIPADO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.01.007-6 - CONFIRMAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR NÃO APARENTADO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS (POR DOADOR TIPADO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.01.009-2 - CONFIRMACAO DE TIPIFICACAO DE DOADOR NÃO APARENTADO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS (POR DOADOR TIPADO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.01.010-6 - IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR APARENTADO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOETICAS 2ª FASE (POR DOADOR TIPADO)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.02.003-9 - CONFIRMAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.02.004-7 - IDENTIFICAÇÃO/CONFIRMAÇÃO DE RECEPTOR DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.001-8 - COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOIETICAS DE MEDULA OSSEA P/ TRANSPLANTE

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.002-6 - FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL P/ TRANSPLANTE

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.003-4 - FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO P/ TRANSPLANTE

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.004-2 - IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE

CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.005-0 - IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.007-7 - MOBILIZAÇÃO, COLETA E ACONDICIONAMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NAO APARENTADO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.008-5 - TRANSPORTE DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL DE DOADOR NAO APARENTADO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.009-3 - PROCESSAMENTO DE CRIOPRESERVAÇÃO DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.010-7 - FORNECIMENTO E ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE NO BRASIL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.011-5 - COLETA, IDENTIFICAÇÃO, TESTES DE SEGURANÇA, PROCESSAMENTO, ARMAZENAGEM E FORNECIMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.03.012-3 - TRANPORTE DE UNIDADE DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO NO BRASIL**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.04.001-3 - AUTO-PROVA CRUZADA EM RECEPTOR DE RIM (AUTO CROSS-MATCH)**Alterações**

Novos Atributos Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.04.009-9 - IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR VIVO DE RIM- (POR DOADOR TIPADO)**Alterações**

Novos Atributos

| Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.04.011-0 - PROVAS CRUZADAS EM DOADORES DE MEDULA ÓSSEA (APARENTADO NÃO IDÊNTICO)

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.04.012-9 - PROVAS CRUZADAS EM DOADORES VIVOS DE ÓRGÃOS

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.05.001-9 - AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE DO RECEPTOR CONTRA PAINEL EM RECEPTORES HIPERSENSIBILIZADOS DE ÓRGÃOS

| Alterações

05.01.05.004-3 - EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.05.005-1 - IDENTIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE ÓRGÃOS

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.004-4 - EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORACAO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.005-2 - EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FIGADO

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.008-7 - EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM, FIGADO OU PULMÃO - 1ª FASE.

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.009-5 - EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE FIGADO-COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.010-9 - EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM-COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.

| Alterações

| Novos Atributos
Complementares 009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.011-7 - EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE PULMÃO-COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.012-5 - EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.013-3 - EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE RIM

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

05.01.07.014-1 - EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PULMÃO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.01.014-2 - PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.01.015-0 - PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS (PAR)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.004-0 - ORTESE / COLETE TIPO WILLIAMS

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.016-4 - ÓRTESE METALICA SUROPODÁLICA (INFANTIL)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.017-2 - ÓRTESE PÉLVICO-PODÁLICA DE DESCARGA ISQUIÁTICA

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.027-0 - ÓRTESE TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.031-8 - ÓRTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSE

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.033-4 - PRÓTESE CANADENSE ENDOESQUELÉTICA EM ALUMÍNIO OU AÇO (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.034-2 - PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELETICA.(DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.035-0 - PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMÍNIO OU AÇO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.036-9 - PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL EM ALUMÍNIO OU AÇO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.038-5 - PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.039-3 - PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PASSIVA PARA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.040-7 - PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL

Alterações

07.01.02.043-1 - PRÓTESE FUNCIONAL ENDOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.045-8 - PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO).

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.049-0 - PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSRADIAL P/ PUNHO DE TROCA RÁPIDA COM GANCHO DE DUPLA FORCA

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.054-7 - PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL

Alterações
Novos Atributos
Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.02.055-5 - PRÓTESE PASSIVA PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO

Alterações
Novos Atributos

| Complementares 009 - Exige CPF/CNS

07.01.07.001-3 - APARELHO FIXO BILATERAL PARA FECHAMENTO DE DIASTEMA

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.002-1 - APARELHO ORTOPÉDICO E ORTODÔNTICO REMOVÍVEL

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.003-0 - APARELHO P/ BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.004-8 - COROA DE ACO E POLICARBOXILATO

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.005-6 - COROA PROVISORIA

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.006-4 - MANTENEDOR DE ESPAÇO

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.007-2 - PLACA OCLUSAL

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.008-0 - PLANO INCLINADO

Alterações

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |

07.01.07.009-9 - PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL

Alterações

| | |
|-----------------|--|
| Novos Atributos | |
|-----------------|--|

| | |
|----------------|---------------------|
| Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|----------------|---------------------|

07.01.07.010-2 - PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.07.011-0 - PROTESE TEMPORARIA

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------------|---------|
| Serviços Classificação excluídos | 123-007 |
|----------------------------------|---------|

07.01.07.012-9 - PROTESE TOTAL MANDIBULAR

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.07.013-7 - PROTESE TOTAL MAXILAR

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.07.014-5 - PROTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.002-7 - PRÓTESE AURICULAR

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.005-1 - PRÓTESE PARA GRANDE PERDA MAXILAR

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.006-0 - PRÓTESE LABIAL

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.007-8 - PRÓTESE NASAL

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.008-6 - PRÓTESE ÓCULO-PALPEBRAL

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.011-6 - PRÓTESE MANDIBULAR

| | |
|-------------------|--|
| Alterações | |
|-------------------|--|

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |
|--------------------------------|---------------------|

07.01.08.012-4 - PRÓTESE PARA GRANDES PERDAS MAXILARES

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.013-2 - PRÓTESE AURICULAR IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.014-0 - PRÓTESE EXTENSA DA FACE (2/3 DA FACE)

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.015-9 - PRÓTESE PARA GRANDE PERDA MAXILAR IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.016-7 - PRÓTESE LABIAL IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.017-5 - PRÓTESE NASAL IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.018-3 - PRÓTESE ÓCULO-PALPEBRAL IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.08.019-1 - PRÓTESE OBTURADORA PALATOFARINGEANA IMPLANTO SUPORTADA

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.09.002-2 - SUBSTITUICAO DE ESPUMA E MEIA COSMETICA EM PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.09.003-0 - SUBSTITUICAO DE ESPUMA E MEIA COSMETICA EM PROTESE TRANSTIBIAL ENDOESQUELETICA.

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.09.004-9 - SUBSTITUICAO DE ESPUMA E MEIA EM PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL

Alterações
Novos Atributos Complementares

009 - Exige CPF/CNS

07.01.09.005-7 - SUBSTITUICAO DE LUVA COSMETICA P/ MAOS PROTETICAS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

07.02.02.002-8 - GOTEIRAS DENTAIS

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

07.02.02.003-6 - GUIA SAGITAL

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

07.02.02.004-4 - PLACA DE CONTENÇÃO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.01.01.001-2 - ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRE-NATAL - INCENTIVO PHPN (COMPONENTE I)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.01.01.002-0 - CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRE-NATAL (INCENTIVO)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.001-0 - AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.002-8 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTE SEM PERNOITE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.003-6 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO PERNOITE DE PACIENTE - (PARA TRATAMENTO CNRAC)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.004-4 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.005-2 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE S/PERNOITE

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.006-0 - AJUDA DE CUSTO P / ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE - (P/ TRATAMENTO CNRAC)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.007-9 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AÉREO (CADA 200 MILHAS)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.008-7 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE AÉREO (CADA 200 MILHAS)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.009-5 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NAÚTICAS)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.010-9 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM DE DISTANCIA)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.011-7 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NAÚTICAS)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.012-5 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO PARA DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.013-3 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS) - (P/ TRATAMENTO CNRAC)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

08.03.01.014-1 - UNIDADE DE REMUNERAÇÃO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE PACIENTE POR TRANSPORTE AÉREO (CADA 200 MILHAS)-(P/TRATAMENTO CNRAC)

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Alterações | |
| Novos Atributos Complementares | 009 - Exige CPF/CNS |

Novas Compatibilidades

PORTARIA nº 7.076 de 09/06/2025 - GM

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

05.03.01.001-4 - AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE
0501070150 - ECOCARDIOGRAMA PARA DOADOR DE CORAÇÃO
Qtd: 1

05.03.01.002-2 - AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS REALIZADAS POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

0501070150 - ECOCARDIOGRAMA PARA DOADOR DE CORAÇÃO
Qtd: 1

PORTARIA nº 7.273 de 18/06/2025 - GM**APAC (Proc. Principal) x APAC (Proc. Secundário) (Compatível)****09.06.01.001-2 - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) I**

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 2
0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 1

09.06.01.002-0 - OCI - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) II

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 2
0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 1

09.06.01.003-9 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL I

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 2
0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 1
0417010060 - SEDACAO
Qtd: 1
0804020027 - TELEDIAGNÓSTICO
Qtd: 1

09.06.01.004-7 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL II

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 2
0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 1
0417010060 - SEDACAO
Qtd: 1
0804020027 - TELEDIAGNÓSTICO
Qtd: 1

09.06.01.005-5 - OCI - GIN3 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- ENDOMETRIOSE PROFUNDA- CASOS COMPLEXOS E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 2
0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Qtd: 1

APAC (Proc. Principal) x APAC (Proc. Secundário) (Obrigatória)**09.06.01.001-2 - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) I**

0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL
Qtd: 1

09.06.01.002-0 - OCI - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) II

0205020160 - ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)
Qtd: 1

09.06.01.003-9 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL I

0203020081 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA
Qtd: 1
0209030011 - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
Qtd: 1

09.06.01.004-7 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL II

0201010160 - BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA
Qtd: 1
0203020081 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA
Qtd: 1

09.06.01.005-5 - OCI - GIN3 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA)- ENDOMETRIOSE PROFUNDA- CASOS COMPLEXOS E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

0207030022 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR
Qtd: 1

Compatibilidades Revogadas

PORTARIA nº 2.930 de 16/06/2025 - SAES

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

09.02.01.002-6 - OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

0204030153 - RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

Qtd: 1



**Ministério da
Saúde**