

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 07/2022 de 25/06/2022 - CGSI

Brasília, 01/07/2022.

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 2022 conforme Informe abaixo:

Índice

Novos Procedimentos	1
Procedimentos Revogados	3
Alterações em Procedimentos	4
Novas Compatibilidades	16

Novos Procedimentos

PORTARIA nº 189 de 09/06/2022 - SAES

02.02.03.134-9 - TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DE MARCADORES DE MYCOBACTERIUM, EM AMOSTRAS DE BIÓPSIA DE PELE OU DE NERVOS.

CONSISTE NO TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR DE REAÇÃO EM CADEIA POLIMERASE EM TEMPO REAL (qPCR) PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DE MARCADORES ESPECÍFICOS DE MATERIAL GENÉTICO DE MYCOBACTERIUM LEPRAE PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENIASE, EM AMOSTRAS DE BIÓPSIA DE PELE OU DE NERVOS.

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 05 - AIH (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92
Serviços Classificação	145-003
RENASES	090 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Microbiológicos, 096 - Exames Hormonais

02.02.03.135-7 - TESTE QUALITATIVO IN VITRO , PARA DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUMLEPRAE RESISTENTE À RIFAMPICINA E/OU DAPSONA E/OU OFLOXACINO, EM PACIENTESACOMETIDOS POR HANSENIASE E COM SUSPEITA DE RESISTÊNCIA AANTIMICROBIANOS.

CONSISTE DE TESTE QUALITATIVOIN VITRO, POR AMPLIFICAÇÃO DE DNA E HIBRIDIZAÇÃO REVERSA EMFITA DE NITROCELULOSE, PARA DETECÇÃO DEMYCOBACTERIUM LEPRAEERESISTENTE A RIFAMPICINAE/OU DAPSONA E/OU OFLOXACINO EM PACIENTES ACOMETIDOS POR HANSENIASE E COM SUSPEITADE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 05 - AIH (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92, U89, U898, U899, Z911
RENASES	090 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Microbiológicos, 096 - Exames Hormonais

02.14.01.017-1 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGM ANTI-MYCOBACTERIUM LEPRAE

CONSISTE DE TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS IGM ANTI-MYCOBACTERIUM LEPRAE PARA DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR DE HANSENÍASE CUJA REALIZAÇÃO NÃO NECESSITA DE ESTRUTURA LABORATORIAL PARA SUA EXECUÇÃO.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	1
Tipo de Financiamento	07 - Vigilância em Saúde
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado), 10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223405, 223415, 223505, 225125, 225130, 225142, 322205, 322230, 322245, 322250
CIDs principais	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92
RENASES	081 - Diagnósticos por Testes Rápidos

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES**01.01.04.011-3 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE FERRO**

CONSISTE EM AÇÃO PREVENTIVA DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO BASEADA NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO (PNSF) PARA AS CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE, GESTANTES E MULHERES NO PÓS-PARTO E/OU PÓS-ABORTO. AS SUPLEMENTAÇÕES DEVEM SER REGISTRADAS NA CADERNETA DA CRIANÇA E NA CADERNETA DA GESTANTE E FICHA PERINATAL. AS CONDUTAS DEVEM SEGUIR O MANUAL DO PROGRAMA VIGENTE.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	1
Tipo de Financiamento	01 - Atenção Básica (PAB)
Instrumentos de Registro	10 - e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde)
Sexo	Ambos
Idade	De 5 meses a 49 anos
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Categorias de CBO	2231 - Médicos, 2234 - Farmacêuticos, 2235 - Enfermeiros e Afins, 2237 - Nutricionistas, 2251 - Médicos Clínicos, 2252 - Médicos em Especialidades Cirúrgicas, 2253 - Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica, 3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

PORTARIA nº 1.369 de 06/06/2022 - GM**02.02.11.015-0 - PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)**

CONSISTE NO EXAME SOROLÓGICO PARA TRIAGEM DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA EM RECÉM-NASCIDOS, EM AMOSTRAS DE SANGUE COLETADO EM PAPEL-FILTRO NO TESTE DO PEZINHO, MÁXIMO DE 1 (UM) PROCEDIMENTO POR RECÉM-NASCIDO.

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumentos de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 1 mês
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 8,19; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 223415, 225335
Serviços Classificação	145-012
Habilitações	1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM**03.01.04.016-8 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO**

CONSISTE EM PROCEDIMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE VALORES PARA A COBERTURA DE CONSULTAS PRÉ-ANESTÉSICA E PARA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO, SE COUBER, BEM COMO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM EVENTUALMENTE NECESSÁRIOS PREVIAMENTE À REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS.

Modalidades	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar
Complexidade	2
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0079 - Pré-cirúrgico em Cirurgias Prioritárias
Instrumentos de Registro	04 - AIH (Proc. Especial), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	1
Valor	Ambulatorial: R\$ 56,56; Hospitalar: R\$ 56,56; Profissional: R\$ 0,00
CBOs	221105, 221205, 2231F9, 223415, 225120, 225124, 225125, 225127, 225142, 225150, 225170, 225185, 225225, 225230, 225270, 225320, 225335
Serviços Classificação	121-001, 122-003, 145-001, 145-002, 145-005
RENASES	076 - Diagnóstico por Imagem, 086 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Bioquímicos, 088 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames de Uroanálise, 089 - Exames Complementares de Diagnóstico: Exames Hematológicos e Hemostasia, 102 - Métodos Diagnósticos em Cardiologia

PORTARIA nº 211 de 29/06/2022 - SAES

06.04.38.012-7 - ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BISSIMILAR A)

ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS VIGENTE. PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 3 (TRÊS) SERINGAS PREENCHIDAS NO CASO DE DOENÇA DE CROHN (CID-10:K50.0, K50.1, K50.8), UVEÍTES NÃO INFECCIOSA (CID-10: H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8), PSORÍASE (CID-10:L40.0, L40.1, L40.4, L40.8 E HIDRADENITE SUPURATIVA (CID-10: L73.2)

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	3
Tipo de Financiamento	02 - Assistência Farmacêutica
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 0 meses a 130 anos
Qtd. Max.	7
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CIDs principais	H150, H201, H301, H302, H308, K500, K501, K508, L400, L401, L404, L408, L732, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M072, M073, M080, M081, M082, M083, M084, M088, M089, M45, M468
Serviços Classificação	125-001

06.04.86.001-3 - IVACAFOR 150 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

Modalidades	01 - Ambulatorial
Complexidade	3
Tipo de Financiamento	02 - Assistência Farmacêutica
Instrumentos de Registro	06 - APAC (Proc. Principal)
Sexo	Ambos
Idade	De 6 anos a 130 anos
Qtd. Max.	62
Valor	Ambulatorial: R\$ 0,00; Hospitalar: R\$ 0,00; Profissional: R\$ 0,00
Atributos Complementares	009 - Exige CNS, 014 - Admite APAC de Continuidade, 022 - Exige registro na APAC de dados complementares
CIDs principais	E840, E848
Serviços Classificação	125-001

Procedimentos Revogados

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES

01.01.04.006-7 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE FERRO

Alterações em Procedimentos

PORTARIA nº 15 de 07/01/2022 - SAES

01.01.01.001-0 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.01.002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.01.003-6 - PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO**Alterações**

Novos CBOs 224140

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

Novos CBOs 224140

01.01.04.002-4 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.001-1 - PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.002-0 - TERAPIA COMUNITÁRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.004-6 - YOGA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.005-4 - OFICINA DE MASSAGEM/ AUTO-MASSAGEM**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.006-2 - SESSÃO DE ARTETERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.007-0 - SESSÃO DE MEDITAÇÃO**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.01.05.008-9 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.001-9 - VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.002-7 - ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**Alterações**

Novos CBOs 224140

01.02.02.003-5 - INSPEÇÃO SANITÁRIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**Alterações**

Novos CBOs 224140

02.11.06.025-9 - TONOMETRIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

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

Novos CBOs 224140

03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos CBOs 224140

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

Novos CBOs 224140

03.01.01.031-5 - TELECONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.014-8 - TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.015-6 - AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM DEFICIÊNCIA VISUAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.07.016-4 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

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

Novos CBOs 224140

03.01.08.004-6 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAÚDE MENTAL (RESIDÊNCIA TERAPEUTICA)**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.015-1 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.019-4 - ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.020-8 - ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.021-6 - ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.022-4 - ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.026-7 - FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.027-5 - PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.028-3 - PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.031-3 - AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.034-8 - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.036-4 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO (COMUNIDADES TERAPÊUTICAS).**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.037-2 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E

OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA).**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.08.038-0 - ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL (UAI).**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.01.10.003-9 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.001-4 - SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.002-2 - SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.003-0 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.004-9 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.005-7 - SESSÃO DE MASSOTERAPIA**Alterações**

Novos CBOs 224140

03.09.05.007-3 - TRATAMENTO NATUROPÁTICO**Alterações**

Novos CBOs 224140

PORTARIA nº 213 de 29/06/2022 - SAES

01.01.04.010-5 - DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO**Alterações**

Sexo Feminino

Nova idade mínima 9 anos

Nova idade máxima 60 anos

PORTARIA nº 1.369 de 06/06/2022 - GM

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

Nova idade máxima 1 mês

Novas Habilitações 1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

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

Nova idade máxima	1 mês
Novas Habilitações	1408 - Referência em Triagem Neonatal Etapa I

02.02.11.009-5 - DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações

Nova idade máxima	1 mês
-------------------	-------

02.02.11.010-9 - DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Alterações

Nova idade máxima	1 mês
-------------------	-------

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM

04.02.01.002-7 - PARATIREOIDECTOMIA

Alterações

Valor	Profissional: R\$ 350,96; Hospitalar: R\$ 482,34;
-------	---

04.03.02.012-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.04.01.001-6 - ADENOIDECTOMIA

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.04.01.002-4 - AMIGDALECTOMIA

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.04.01.035-0 - TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.04.01.048-2 - SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.04.01.052-0 - SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA

Alterações

Atributos Complementares excluidos	044 - Cirurgias Eletivas
------------------------------------	--------------------------

04.05.02.001-5 - CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)

Alterações

Valor	Ambulatorial: R\$ 1.661,76; Profissional: R\$ 469,39; Hospitalar: R\$ 1.192,37;
Atributos	

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.02.002-3 - CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)**Alterações**

Valor	Ambulatorial: R\$ 1.167,82; Profissional: R\$ 327,75; Hospitalar: R\$ 840,07;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.03.004-5 - FOTOCOAGULACAO A LASER**Alterações**

Valor	Ambulatorial: R\$ 107,61;
-------	---------------------------

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.03.014-2 - VITRECTOMIA POSTERIOR**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 749,14; Hospitalar: R\$ 1.918,15;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.03.016-9 - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 881,87; Hospitalar: R\$ 3.301,25;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.03.017-7 - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.002,90; Hospitalar: R\$ 3.698,94;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.03.019-3 - PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER**Alterações**

Valor	Ambulatorial: R\$ 430,46; Profissional: R\$ 172,18; Hospitalar: R\$ 258,28;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.05.002-0 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER**Alterações**

Valor	Ambulatorial: R\$ 112,77;
-------	---------------------------

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.05.05.009-7 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR**Alterações**

Atributos Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
--	--------------------------

04.05.05.010-0 - FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

|

Alterações

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.05.05.011-9 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA**Alterações**

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.05.05.032-1 - TRABECULECTOMIA**Alterações**

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.05.05.037-2 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL**Alterações**

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 573,37; Hospitalar: R\$ 260,11;
Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 432,08; Hospitalar: R\$ 260,11;
Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.07.02.027-6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 115,49; Hospitalar: R\$ 248,41;
Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.07.02.028-4 - HEMORROIDECTOMIA**Alterações**

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 356,01; Hospitalar: R\$ 640,33;
Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.07.03.003-4 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 245,99; Hospitalar: R\$ 746,46;
Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.006-4 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 214,91; Hospitalar: R\$ 586,82;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.008-0 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL**Alterações**

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.009-9 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 210,49; Hospitalar: R\$ 399,57;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 210,45; Hospitalar: R\$ 427,52;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.07.04.011-0 - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 196,76; Hospitalar: R\$ 399,57;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.08.01.014-2 - REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 190,86; Hospitalar: R\$ 232,65;
-------	---

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.08.02.030-0 - TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR**Alterações**

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.08.02.032-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO**Alterações**

Atributos

Complementares excluídos	044 - Cirurgias Eletivas
-----------------------------	--------------------------

04.08.03.065-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.656,01; Hospitalar: R\$ 2.595,28;
-------	---

04.08.03.066-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.344,88;
-------	---

04.08.03.069-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 1.998,13;
-------	---

04.08.03.072-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 1.998,13;
-------	---

04.08.03.073-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 874,95; Hospitalar: R\$ 2.095,20;
-------	---

04.08.03.076-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
-------	---

04.08.03.080-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
-------	---

04.08.03.081-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
-------	---

04.08.03.082-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.346,32;
-------	---

04.08.03.086-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.154,73;
-------	---

04.08.03.090-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 1.435,21; Hospitalar: R\$ 2.317,68;
-------	---

04.08.04.007-6 - ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL**Alterações**

Valor	Profissional: R\$ 539,99; Hospitalar: R\$ 1.864,15;
-------	---

04.08.04.008-4 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 417,46; Hospitalar: R\$ 1.924,25;

04.08.04.009-2 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Alterações

Valor Profissional: R\$ 382,34; Hospitalar: R\$ 1.357,14;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.08.05.005-5 - ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO

Alterações

Valor Profissional: R\$ 388,34; Hospitalar: R\$ 1.818,86;

04.08.05.006-3 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO

Alterações

Valor Profissional: R\$ 336,41; Hospitalar: R\$ 1.317,32;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.08.05.016-0 - RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)

Alterações

Valor Profissional: R\$ 475,47; Hospitalar: R\$ 1.818,85;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.08.05.065-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO

Alterações

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.08.05.089-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL

Alterações

Valor Profissional: R\$ 170,74; Hospitalar: R\$ 305,06;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.08.06.021-2 - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL

Alterações

Atributos
Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.09.01.018-9 - LITOTRIPSIA

Alterações

Valor Profissional: R\$ 259,61; Hospitalar: R\$ 294,39;

04.09.01.020-0 - NEFRECTOMIA PARCIAL

Alterações

Valor Profissional: R\$ 278,95; Hospitalar: R\$ 926,42;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos

04.09.01.021-9 - NEFRECTOMIA TOTAL

Alterações

Valor Profissional: R\$ 283,16; Hospitalar: R\$ 939,27;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.022-7 - NEFROLITOTOMIA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 270,65; Hospitalar: R\$ 901,07;

04.09.01.023-5 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 367,71; Hospitalar: R\$ 780,04;

04.09.01.028-6 - NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 262,63; Hospitalar: R\$ 668,56;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.029-4 - NEFROSTOMIA PERCUTANEA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 262,53; Hospitalar: R\$ 597,34;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.01.056-1 - URETEROLITOTOMIA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 252,68; Hospitalar: R\$ 844,39;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.03.004-0 - RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 470,47; Hospitalar: R\$ 381,11;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.04.024-0 - VASECTOMIA**Alterações**

Valor Ambulatorial: R\$ 438,87; Profissional: R\$ 247,95; Hospitalar: R\$ 190,92;
 Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.06.001-1 - CERCLAGEM DE COLO DO UTERO**Alterações**

Atributos Complementares excluídos 044 - Cirurgias Eletivas

04.09.06.010-0 - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 262,64; Hospitalar: R\$ 396,19;
 Atributos Complementares 044 - Cirurgias Eletivas

excluídos

04.09.06.011-9 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)**Alterações**

Valor Profissional: R\$ 370,60; Hospitalar: R\$ 733,04;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos**04.09.06.012-7 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL****Alterações**

Valor Profissional: R\$ 273,43; Hospitalar: R\$ 508,50;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos**04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL****Alterações**

Valor Profissional: R\$ 317,49; Hospitalar: R\$ 590,44;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos**04.09.06.015-1 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA****Alterações**

Valor Profissional: R\$ 265,08; Hospitalar: R\$ 400,24;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos**04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA****Alterações**

Valor Profissional: R\$ 199,01; Hospitalar: R\$ 286,47;

Atributos

Complementares 044 - Cirurgias Eletivas
excluídos**04.18.01.003-0 - CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE****Alterações**

Valor Ambulatorial: R\$ 859,20;

PORTARIA nº 211 de 29/06/2022 - SAES

06.04.38.004-6 - INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)**Alterações**

Nova descrição ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO COM OS CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS VIGENTE. APENAS NO CASO DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (CID-10:M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9) PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 06 (SEIS).

Qtd. Max. 10

06.04.38.005-4 - INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)**Alterações**

Nova descrição

06.04.38.011-9 - (INFLIXIMABE 10 MG /ML INJETÁVEL(POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML) (BISSIMILAR A)**Alterações**

Nova descrição ESTE MEDICAMENTO DEVERÁ SER INDICADO CONFORME CRITÉRIOS DEFINIDOS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS VIGENTE. PODERÁ SER REGISTRADA QUANTIDADE SUPERIOR A 6 (SEIS) FRASCOS-AMPOLA NO CASO DE

DOENÇA DE CROHN (CID-10:K50.0, K50.1, K50.8), RETOCLITE ULCERATIVA (CID-10:K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8), ARTRITE PSORÍACA (CID-10:M07.0, M07.2, M07.3, ESPONDILITE ANCILOSANTE (CID-10: M45, M46.8) E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (CID-10: M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9)

06.04.63.006-9 - SAPROPTERINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

Alterações

Qtd. Max. 330

Novas Compatibilidades

PORTARIA nº 1388 de 09/06/2022 - GM

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

04.02.01.002-7 - PARATIREOIDECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.02.027-6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.03.003-4 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.006-4 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.009-9 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.07.04.011-0 - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.01.014-2 - REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.065-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.066-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.069-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.072-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.073-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NÍVEIS

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.08.03.076-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.03.080-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.03.081-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.03.082-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.03.086-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.03.090-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.04.007-6 - ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.04.008-4 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.04.009-2 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.05.005-5 - ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.05.006-3 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.05.016-0 - RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.08.05.089-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.018-9 - LITOTRIPSIA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.020-0 - NEFRECTOMIA PARCIAL**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.021-9 - NEFRECTOMIA TOTAL**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.022-7 - NEFROLITOTOMIA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.023-5 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.028-6 - NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.029-4 - NEFROSTOMIA PERCUTANEA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.01.056-1 - URETEROLITOTOMIA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1**04.09.03.004-0 - RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA**0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.04.024-0 - VASECTOMIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.010-0 - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.011-9 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.012-7 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.015-1 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1

APAC (Proc. Principal) x APAC (Proc. Secundário) (Compatível)**04.18.01.003-0 - CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE**

0301040168 - PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAÇÃO
Qtd: 1