

RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º 465 – ROL DE PROCEDIMENTOS – PROCEDIMENTOS INCLUÍDOS E DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO

A RN 465 foi divulgada pela ANS em 01/03/2021, com vigência a partir de 01.04.2021.

1. ALTERAÇÕES DO NOVO ROL

69 incorporações sendo

- 16 Novos procedimentos como exames, terapias e cirurgias
- 46 Medicamentos
- 4 ALTERAÇÕES DE DUT *Com ampliação de cobertura

1.1 PROCEDIMENTOS INCORPORADOS

PROCEDIMENTO	INDICAÇÃO	DUT
ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL	Cirurgia para tratamento de problemas na coluna cervical	133
CALPROTECTINA DOSAGEM FECAL	Exame para detecção de inflamação intestinal	134
CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA	Consulta Com Enfermeiro Obstetra no Pré Natal	135
RAZÃO DO TESTE sFit-1/PIG	Exame para diagnóstico de risco de pré eclâmpsia	139
ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA	Exame para detecção de tuberculose latente para pacientes imunocomprometidos	140
ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPULA	Exame para diagnóstico de sangramento intestinal de causa obscura	141
FLT3- PESQUISA DE MUTAÇÕES	Exame para Leucemia Mielóide Aguda	142
IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESE VALVAR AORTICA (TAVI)	Cirurgia para tratamento de valvopatia aórtica	143
OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E OU MAXILAR COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR	Cirurgia para Correção de Deformidade da Mandíbula com Distrator	144

PD-L1 DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOHISTOQUÍMICAS	Exame para detecção de expressão do PD L1 em material de biópsia de câncer de pulmão	146
RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT)	Terapia para tratamento de câncer de mama	147
TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA	Terapia para cicatrização do pé diabético	148
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CORRENTE DE CRIOABLAÇÃO	Procedimento para ablação de fibrilação atrial paroxística	-
CIRURGIA ENDOSCÓPICA DE COLUNA VERTEBRAL	Cirurgia para tratamento de Hérnia de Disco Lombar	-
EXOMA	Para Identificação De Deficiência Intelectual De Causa Indeterminada	110.39-ALTERADA
HEMODIAFILTRAÇÃO ON LINE	Terapia para doença renal crônica	-
TERAPIA INTRAVENOSA COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	Tratamento da Doença de Paget	-

1.2 CODIFICAÇÕES

Até a publicação desta diretriz a ANS ainda não tinha publicado os novos códigos TUSS de alguns procedimentos. Para agilizar as contratações, a SAS optou pela criação de códigos, que serão substituídos à medida que forem criados os novos códigos TUSS

CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO	DUT
40503810	SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERAÇÃO DE TODAS AS REGIÕES CODIFICADORAS (ÉXONS) DE TODO OS GENES DO GENOMA- SEQUENCIAMENTO DO EXOMA (INCLUI CAPTURA, AMPLIFICAÇÃO E SEQUENCIAMENTO)	110
30715598	ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VERTEBRAL	133
40303330	DOSAGEM FECAL DE CALPROTECTINA	134
50001205	CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTÉTRICO OU OBSTETRIZ	135
40322572	DETERMINAÇÃO DA RAZÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS IN VITRO DA TIROSINA-QUINASE-1 SEMELHANTE A FMS SOLÚVEL (sFlt-1): FATOR DE CRESCIMENTO PACENTÁRIO (PIGF) POE ELETROQUÍMILUMINESCÊNCIA	139
40324648	ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA	140
40201341	ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA	141

40503640	FLT3 PESQUISA DE MUTACOES POR PCR CADA	142
40503682	FLT3 PESQUISA DE MUTACOES POR ELETROFORESE CAPILAR CADA	142
30912296	IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)	143
30208157	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILAR COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR	144
40602010	PD-L1 – DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOHISTOQUÍMICAS	146
41203160	RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT) POR TRATAMENTO	147
20104448	TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA - AMBULATORIAL	148
30102014	TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA - CIRÚRGICA	148
30909155	HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)	
20104480	TERAPIA ANTI-REABSORTIVA ÓSSEA INTRAVENOSA - AMBULATORIAL	
20204205	TERAPIA ANTI-REABSORTIVA ÓSSEA INTRAVENOSA - HOSPITALAR	
30715059	CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL - HÉRNIA DE DISCO LOMBAR	
30918073	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CATETER PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS CARDÍACAS POR ENERGIA DE RADIOFREQUÊNCIA OU CRIOABLAÇÃO	
30918081	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CATETER PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS CARDÍACAS COMPLEXAS (FIBRILAÇÃO ATRIAL, TAQUICARDIA VENTRICULAR COM MODIFICAÇÃO DE CICATRIZ, TAQUICARDIAS ATRIAIS MACRORREENTRANTES COM MODIFICAÇÃO DE CICATRIZ) POR ENERGIA DE RADIOFREQUÊNCIA OU CRIOABLAÇÃO	

1.3. MEDICAMENTOS INCORPORADOS

1.3.1 Imunobiológicos

Tratamento de doenças inflamatórias, crônicas e autoimunes	
ALENTUZUMABE	ESCLEROSE MÚTIPLA
NATALIZUMABE	
OCRELIZUMABE	
BETAINTERFERONA 1ª	
ACETATO DE GLATIRÂMER	
BENRALIZUMABE	ASMA
MEPOLIZUMABE	

OMALIZUMABE	
ADALIMUMABE	PSORÍASE
ETANERCEPTE	
GUSELCUMABE	
INFLIXIMABE	
IXEQUIZUMABE	
SECUQUINUMABE	
USTEQUINUMABE	
GOLIMUMABE	
INFLIXIMABE	RETICULITE ULCERATIVA
VEDOLIZUMABE	
ADALIMUMABE	
ADALIMUMABE	HIDRADENITE SUPURATIVA
OMALIZUMABE	URTICÁRIA CRÔNICA
ADALIMUMABE	UVEÍTE

1.3.2 Antineoplásicos orais

Medicamentos para tratamento de Câncer		
CA de Mama	ABEMACICLIBE	Tratamento de pacientes adultos com câncer de mama avançado ou metastático, com receptor hormonal positivo (HR positivo) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 negativo (HER2 negativo), em combinação com um inibidor da aromatase como terapia endócrina inicial; ou em combinação com fulvestranto como terapia endócrina inicial ou após terapia endócrina
	PALBOCICLIBE	Tratamento do câncer de mama avançado ou metastático HR (receptor hormonal) positivo e HER2 (receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano) negativo, em combinação com inibidores de aromatase de terceira geração (anastrozol, letrozol ou exemestano) como terapia endócrina inicial em mulheres pós-menopausa; ou com

		fulvestranto em mulheres que receberam terapia prévia
	RIBOCICLIBE	Tratamento de pacientes, com câncer de mama localmente avançado ou metastático, receptor hormonal (RH) positivo e receptor para o fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2) negativo, em combinação com um Inibidor de aromatase ou Fulvestranto. Em mulheres na pré ou perimenopausa, a terapia endócrina deve ser combinada com um agonista do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH).
CA de Pulmão	ALECTINIBE	Tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK).
	ESILATO DE NINTEDANIBE	Em associação ao Docetaxel para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado, metastático ou recorrente, com histologia de adenocarcinoma, após primeira linha de quimioterapia à base de platina.
	OSIMERTINIBE	Tratamento de primeira linha de pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático, cujo tumor apresenta mutações de deleções do éxon 19 ou de substituição do éxon 21 (L858R) dos receptores do fator de crescimento epidérmico (EGFRS).
CA renal	CABOZANTINIBE	Tratamento do carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos após tratamento prévio com inibidor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF).
CA de Fígado	REGORAFENIBE	Pacientes adultos com carcinoma hepatocelular (CHC) que tenham sido previamente tratados com Sorafenibe.
	LENVATINIBE	Tratamento de pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC), que não receberam terapia sistêmica anterior para doença avançada ou não ressecável.
Melanoma	COBIMETINIBE	Em combinação com Vemurafenibe, para o tratamento de pacientes com melanoma positivo para mutações BRAF bV600 irresssecável ou metastático.
	DABRAFENIBE EM COMBINAÇÃO COM TRAMETINIBE	Em combinação com Dimetilsulfóxido de trametinibe, para o tratamento adjuvante de pacientes com melanoma de estágio III

		com mutação BRAF V600, após ressecção completa
CA de Próstata	APALUTAMIDA	Câncer de próstata não metastático resistente à castração.
	ENZALUTAMIDA	Adultos com câncer de próstata não metastático resistente à castração.
Mieloma	CITRATO DE IXAZOMIBE	Em combinação com Lenalidomida e Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos um tratamento anterior.
	ENALIDOMIDA_MIELOMA_IND1_REFRATÁRIO/RECIDIVADO	Em combinação com Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo refratário recidivado (MMRR) que receberam ao menos um esquema prévio de tratamento.
Sd Mielodislásica	LENALIDOMIDA_MIELOMA_IND2_TRAT. DE MANUTENÇÃO	Em monoterapia para o tratamento de manutenção de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado que foram submetidos a transplante autólogo de células tronco.
	LENALIDOMIDA_MIELOMA_IND3_SEM TRATAMENTO PRÉVIO	*Lenalidomida em combinação com Dexametasona (Rd); Lenalidomida em combinação com Melfalano e Prednisona seguida por tratamento de manutenção com Lenalidomida (MPR+R); Lenalidomida em combinação com Bortezomibe e Dexametasona (RVd).
	LENALIDOMIDA	Em terapia combinada*, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis a transplante.
Linfoma de Células do Manto	IBRUTINIBE	Tratamento de pacientes com anemia dependente de transfusões decorrente de síndrome mielodislásica de risco baixo ou intermediário-1, associada à anormalidade citogenética de deleção 5q, com ou sem anormalidades citogenéticas adicionais.
Leucemia linfocítica crônica	IBRUTINIBE_LLC_IND1_REFRATÁRIOS/RECAÍDOS	Tratamento do linfoma de células do manto em pacientes que receberam no mínimo um tratamento anterior contendo rituximabe.
	IBRUTINIBE_LLC_IND2_PRIMEIRA LINHA	Tratamento de pacientes que apresentam leucemia linfocítica crônica/
	VENETOCLAX_LLC	linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC).
		Em combinação com Rituximabe, para o tratamento da leucemia linfocítica crônica

		(LLC) em pacientes que tenham recebido pelo menos uma terapia prévia.
Leucemia mieloide aguda	VENETOCLAX_LMA: I	Em combinação com um Agente hipometilante ou em combinação com Citarabina em baixa dose, para o tratamento de pacientes recém-diagnosticados com LMA e que são inelegíveis para quimioterapia intensiva.
	MIDOSTAURINA_LMA	Em combinação com quimioterapia em primeira linha para pacientes com mutação de FLT3.
Leucemia mieloide crônica	NILOTINIBE_LMC	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica (FC) ou em fase acelerada após falha ou intolerância a pelo menos uma terapia prévia, incluindo Imatinibe.

1.4 ALTERAÇÕES DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO COM AMPLIAÇÃO DE COBERTURA

PROCEDIMENTO	AMPLIAÇÃO DE COBERTURA
OCT - Tomografia de Coerência Óptica	Amplia cobertura do procedimento para pacientes com glaucoma
Implante de Monitor de Eventos (Looper implantável)	Amplia cobertura do procedimento para pacientes pós-acidente vascular cerebral criptogênico ou ataque isquêmico transitório com causa indeterminada com suspeita de fibrilação atrial
Análise molecular de DNA	Inclusão do exame de “SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA” para investigação de deficiência intelectual de causa indeterminada
	Inclusão de outras especialidades para a solicitação do procedimento Análise Molecular de DNA (apenas Geneticistas anteriormente)
Transplante Alogênico de Medula Óssea	Alinhamento com as indicações do Ministério da Saúde para o transplante de células tronco hematopoiéticas

1.5 NOVAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO

Estas diretrizes se relacionam aos novos procedimentos incorporados:

133. ARTROPLASTIA DISCAL DE COLUNA VETEBRAL

1. Cobertura obrigatória em pacientes adultos com doença degenerativa discal cervical em um nível (mielopatia ou radiculopatia) refratária ao tratamento conservador, com indicação de tratamento cirúrgico.

134. CALPROTECTINA, DOSAGEM FECAL

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. Indivíduos com diarreia crônica, recidivante, associada ou não a sintomas de dor abdominal, náuseas e vômitos, com o objetivo de diferenciar entre síndrome do intestino irritável e doenças inflamatórias intestinais (DII) crônicas;
- b. Para portadores de doenças inflamatórias intestinais em remissão.

135. CONSULTA COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ

1. Cobertura obrigatória de até 6 consultas de pré-natal e até 2 consultas de puerpério, quando atendidos todos os critérios abaixo:

- a. Profissional enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico;
- b. Atendimento de consultas de pré-natal e puerpério quando solicitado por escrito pelo médico assistente que coordena o cuidado na equipe multiprofissional de saúde.

Obs. 1: Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizá-lo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte da beneficiária. Obs. 2: A frequência da solicitação do atendimento de enfermagem será definida pelo médico assistente que coordena o cuidado, devendo a mesma ser renovada no máximo a cada 3 consultas realizadas pela enfermagem.

139. RAZÃO DO TESTE sFlt1/PLGF

1. Cobertura obrigatória para mulheres grávidas com idade gestacional entre 24 e 36+6 semanas com suspeita de pré-eclâmpsia.

140. ENSAIO PARA DOSAGEM DA LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA

1. Cobertura obrigatória para detecção de tuberculose latente, quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

- a. paciente em uso de medicamentos biológicos;
- b. paciente candidato à imunossupressão;
- c. paciente portador de HIV.

141. ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA

1. Cobertura obrigatória na investigação de sangramento gastrointestinal de origem obscura, persistente ou recorrente, após realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas com resultado negativo para identificação da origem do sangramento.

142. FLT3 – PESQUISA DE MUTAÇÕES

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação de FLT3 para o início do tratamento.

143. IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)

1. Cobertura obrigatória quando atendido todos os seguintes critérios:

a. Pacientes com idade igual ou maior que 75 anos, sintomáticos, com expectativa de vida > 1 ano, inoperáveis ou com alto risco cirúrgico, definido como escore Society of Thoracic Surgeons – STS > 8% ou EuroSCORE logístico > 20%;

b. Avaliação por grupo de profissionais, com habilitação e experiência na realização do TAVI, incluindo, no mínimo, cirurgião cardíaco, cardiologista intervencionista, cardiologista clínico e anestesista, contemplando risco cirúrgico, grau de fragilidade, condições anatômicas e comorbidades.

O grupo de profissionais deve confirmar a adequação da indicação do TAVI, em oposição a troca valvar cirúrgica.

144. OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA E/OU MAXILA COM APLICAÇÃO DE OSTEODISTRATOR

1. Cobertura obrigatória para o tratamento da micrognatia/retrognatia decorrente de deformidade óssea congênita ou adquirida

146. PD-L1 – DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNOISTOQUÍMICAS

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a presença de expressão de PD1 ou PD-L1 para o início do tratamento.

147. RADIOTERAPIA INTRA-OPERATÓRIA POR ELÉTRONS (IOERT)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com câncer de mama inicial com as seguintes características: tumor com diâmetro de até 2,0 cm, classificado como graus I ou II, com margens livres, ausência de comprometimento axilar e não classificado como triplo negativo durante a cirurgia de mastectomia conservadora.

148. TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de úlcera de pé diabético de grau ≥ 3 pela classificação de Wagner.

• Classificação de Wagner:

Grau 0 - Risco elevado, ausência de úlcera;

Grau 1 - Úlcera superficial, não infectado em termos clínicos;

Grau 2 - Úlcera profunda com ou sem celulite, ausência de abscesso ou osteomielite;

Grau 3 - Úlcera profunda com osteomielite ou formação de abscesso;

Grau 4 - Gangrena localizada;

Grau 5 - Gangrena em todo o pé.

1.5 ALTERAÇÃO DE DUT – COMPARATIVO RN428 X RN465

ANEXO II - COMPARATIVO RN 428/2017 x RN 465/2021	
ANEXO II - RESOLUÇÃO NORMATIVA 428 / 2018	ANEXO II - RESOLUÇÃO NORMATIVA 465/2021
<p>7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA)</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> estudo histopatológico de lesões não palpáveis; nódulos mamários menores que 2 cm; nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS. 	<p>7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA)</p> <p>1. Cobertura obrigatória para avaliação de lesões/alterações com categoria BI-RADS 4 ou 5, quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lesões/alterações não palpáveis, de qualquer tamanho; Lesões/alterações palpáveis de até 1,5 cm; Lesões/alterações palpáveis maiores do que 1,5 cm, quando houver dúvida diagnóstica após a biópsia de fragmentos (core biopsy).
<p>11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)</p> <p>1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> mulheres com capacidade civil plena; maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. 	<p>11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)</p> <p>1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <ol style="list-style-type: none"> mulheres com capacidade civil plena; maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades

<p>2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização; c. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. 	<p>de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso e documento escrito e firmado. f. toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. <p>Grupo II</p> <ul style="list-style-type: none"> a. durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização; c. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.
<p>12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)</p> <p>A esterilização masculina por método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.</p> <p>1. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <ul style="list-style-type: none"> a. homens com capacidade civil plena; b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; f. o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la; g. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; h. avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente. <p>Grupo II</p> <ul style="list-style-type: none"> a. durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico; b. em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei. <p>Referência Bibliográfica: Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.</p>	<p>12. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <ul style="list-style-type: none"> a. homens com capacidade civil plena; b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; f. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão. f. o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la; g. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; h. avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente. <p>Grupo II</p> <ul style="list-style-type: none"> a. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; b. em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.
<p>18. DERMOLIPECTOMIA</p> <p>1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, etc.</p>	<p>18. ABDOMINOPLASTIA</p> <p>1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago). e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.</p>

<p>25. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios do grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <p>a. Pacientes com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático);</p> <p>b. Pacientes com história familiar documentada (mutação identificada na família ou exame de imagem que comprove o evento trombótico ou tromboembólico) para trombofilia hereditária em parentes de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão);</p> <p>c. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa, idiopática, em sítios não usuais: mesentérica, esplâncnicas e porta;</p> <p>d. Pacientes com ou sem história familiar positiva para trombofilia hereditária com trombose venosa idiopática, em sítios não usuais: veias cerebrais, renais e abdominais;</p> <p>e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa abdominal em uso de anticoncepcional;</p> <p>f. Pacientes com trombose de veias retinianas, na ausência de fatores de risco clássicos para aterosclerose (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo e idade acima de 65 anos);</p> <p>Grupo II</p> <p>a. Paciente com antecedente de DHEG/pré-eclâmpsia desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>b. Paciente com 3 ou mais abortamentos espontâneos, sem causa definida, consecutivos, antes da 10ª semana de gestação desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>c. Paciente com uma ou mais mortes fetais inexplicáveis, cujo feto ou placenta sejam morfológicamente normais e que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>d. Trombose relacionada a procedimento cirúrgico.</p>	<p>25. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a. paciente com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático); ou</p> <p>b. pacientes com trombose em sítios não usuais; ou</p> <p>c. pacientes com parente de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão) com história familiar documentada (teste genético comprobatório) de trombofilia hereditária; ou</p> <p>d. pacientes com história de trombose recorrente, definida como trombose em sítios diferentes, com intervalo superior a 3 meses, na vigência ou não de anticoagulação, documentada por exame de imagem.</p> <p>e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa, idiopática, em sítios não usuais: mesentérica, esplâncnicas e porta;</p> <p>d. Pacientes com ou sem história familiar positiva para trombofilia hereditária com trombose venosa idiopática, em sítios não usuais: veias cerebrais, renais e abdominais;</p> <p>e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa abdominal em uso de anticoncepcional;</p> <p>f. Pacientes com trombose de veias retinianas, na ausência de fatores de risco clássicos para aterosclerose (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo e idade acima de 65 anos);</p> <p>Grupo II</p> <p>a. Paciente com antecedente de DHEG/pré-eclâmpsia desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>b. Paciente com 3 ou mais abortamentos espontâneos, sem causa definida, consecutivos, antes da 10ª semana de gestação desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>c. Paciente com uma ou mais mortes fetais inexplicáveis, cujo feto ou placenta sejam morfológicamente normais e que não preencham nenhum dos critérios do grupo I;</p> <p>d. Trombose relacionada a procedimento cirúrgico.</p>
<p>27. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA</p> <p>1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no Grupo I e nenhum dos critérios listados no Grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <p>a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);</p> <p>b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.</p> <p>Grupo II</p> <p>a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);</p> <p>b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.</p> <p>Referência Bibliográfica</p> <p>Resolução do CFM nº 1.942/2010</p>	<p>27-GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA</p> <p>1. Cobertura obrigatória, quando preenchido um dos critérios de idade listados no Grupo I e um dos critérios clínicos listados no Grupo II e nenhum critério listado no Grupo III:</p> <p>Grupo I</p> <p>a. Pacientes maiores de 18 anos;</p> <p>b. Pacientes entre 16 e 18 anos, com score-z maior que +4 na análise do IMC por idade e epífises de crescimento consolidadas.</p> <p>Grupo II</p> <p>a. Índice de Massa Corpórea (IMC) de 35 Kg/m² a 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras) com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;</p> <p>b. IMC de 40 Kg/m² a 49,9 Kg/m², com ou sem co-morbidades; com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;</p> <p>c. IMC igual ou maior do que 50 Kg/m².</p> <p>Grupo III</p> <p>a. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas;</p> <p>b. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;</p> <p>c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco benefício;</p> <p>d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;</p> <p>e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.</p>

<p>43. IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL)</p> <p>1. Cobertura obrigatória para pacientes com história de pelo menos 3 síncope (perda completa e transitória da consciência e do tônus postural) de origem indeterminada nos últimos 2 anos e que não preencham nenhum dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. história Clínica que indique síncope de origem neuromediada ou causas metabólicas, excetuando-se a hipersensibilidade do seio carotídeo; b. ECG prévio que apresente achados que justifiquem a síncope; c. ecocardiograma que demonstre doença cardíaca estrutural. 	<p>43. IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL)</p> <p>1. Cobertura obrigatória para pacientes com história de pelo menos 3 síncope (perda completa e transitória da consciência e do tônus postural) de origem indeterminada nos últimos 2 anos e que não preencham nenhum dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. História Clínica que indique síncope de origem neuromediada ou causas metabólicas, excetuando-se a hipersensibilidade do seio carotídeo; b. ECG prévio que apresente achados que justifiquem a síncope; c. ecocardiograma que demonstre doença cardíaca estrutural. <p>2. Cobertura obrigatória para pacientes pós acidente vascular cerebral criptogênico ou ataque isquêmico transitório com causa indeterminada com suspeita de fibrilação atrial.</p>
<p>54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSTICOS</p> <p>54.4- TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSTICOS</p> <p>1. Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes com dor relacionada ao uso do antineoplástico que tenham este efeito colateral previsto em bula.</p>	<p>54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSTICOS</p> <p>...</p> <p>54.4- TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSTICOS</p> <p>1. Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes oncológicos com dor relacionada à patologia ou a seu tratamento.</p>
<p>61. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios do grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:</p> <p>Grupo I</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pacientes com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático); b. Pacientes com história familiar documentada (mutação identificada na família ou exame de imagem que comprove o evento trombótico ou tromboembólico) para trombofilia hereditária em parentes de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão); c. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa, idiopática, em sítios não usuais: mesentérica, esplâncnicas e porta; d. Pacientes com ou sem história familiar positiva para trombofilia hereditária com trombose venosa idiopática, em sítios não usuais: veias cerebrais, renais e abdominais; e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa abdominal em uso de anticoncepcional; f. Pacientes com trombose de veias retinianas, na ausência de fatores de risco clássicos para aterosclerose (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo e idade acima de 65 anos); <p>Grupo II</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Paciente com antecedente de DHEG/pré-eclâmpsia desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; b. Paciente com 3 ou mais abortamentos espontâneos, sem causa definida, consecutivos, antes da 10ª semana de gestação desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; c. Paciente com uma ou mais mortes fetais inexplicáveis, cujo feto ou placenta sejam morfológicamente normais e que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; d. Trombose relacionada a procedimento cirúrgico. 	<p>61. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. paciente com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático); ou b. pacientes com trombose em sítios não usuais; ou c. pacientes com parente de primeiro grau (mãe, pai, filha, filho, irmã, irmão) com história familiar documentada (teste genético comprobatório) de trombofilia hereditária; ou d. pacientes com história de trombose recorrente, definida como trombose em sítios diferentes, com intervalo superior a 3 meses, na vigência ou não de anticoagulação, documentada por exame de imagem. <p>e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa, idiopática, em sítios não usuais: mesentérica, esplâncnicas e porta;</p> <p>d. Pacientes com ou sem história familiar positiva para trombofilia hereditária com trombose venosa idiopática, em sítios não usuais: veias cerebrais, renais e abdominais;</p> <p>e. Pacientes com ou sem história familiar e com trombose venosa abdominal em uso de anticoncepcional;</p> <p>f. Pacientes com trombose de veias retinianas, na ausência de fatores de risco clássicos para aterosclerose (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo e idade acima de 65 anos);</p> <p>Grupo II</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Paciente com antecedente de DHEG/pré-eclâmpsia desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; b. Paciente com 3 ou mais abortamentos espontâneos, sem causa definida, consecutivos, antes da 10ª semana de gestação desde que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; c. Paciente com uma ou mais mortes fetais inexplicáveis, cujo feto ou placenta sejam morfológicamente normais e que não preencham nenhum dos critérios do grupo I; d. Trombose relacionada a procedimento cirúrgico.
<p>65. TERAPIA IMUNOBOLÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>a. Artrite Reumatoide: pacientes com índice de atividade da doença maior que 10 pelo CDAI (Índice Clínico de Atividade da Doença), maior que 20 pelo SDAI (Índice Simplificado de Atividade da Doença) ou maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com pelo menos dois esquemas utilizando drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) de primeira linha, de forma sequencial ou combinada;</p>	<p>65. TERAPIA IMUNOBOLÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>65.1 ARTRITE REUMATÓIDE</p> <p>1. Cobertura obrigatória para pacientes com persistência da atividade da doença, conforme um índice ICAD (índice composto da atividade de doença), após falha ao tratamento com o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs), por, no mínimo, 3 meses cada um.</p>

<p>65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>c. Doença de Crohn: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 220 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Crohn), refratários ao uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras por um período mínimo de três meses;</p>	<p>65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>65.6 DOENÇA DE CROHN</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:</p> <p>a. pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 221 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Crohn) ou igual ou maior que 8 pelo IHB (Índice de Harvey-Bradshaw), refratários ao uso de medicamentos imunossupressores ou imunomoduladores por um período mínimo de 6 semanas ou intolerantes ou na presença de contraindicação e /ou de efeitos colaterais ou em caso de falha na manutenção da remissão apesar do uso de azatioprina ou metotrexato. Em primeira linha de tratamento, nos casos de fístulas perianais complexas</p>
<p>65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>b. Artrite Psoriásica: pacientes com comprometimento periférico, índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações) ou igual ou maior que 5 pela EVA (Escala Visual Analógica) na presença de no mínimo três articulações dolorosas ou edemaciadas, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de seis meses com pelo menos duas drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e, nos pacientes com comprometimento axial associado ao periférico, índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs);</p>	<p>65. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>64.5 ARTRITE PSORIÁSICA</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a. pacientes com comprometimento periférico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presença de no mínimo três articulações dolorosas ou edemaciadas, ou uma ou mais articulações inflamada, ou se o paciente não atingir cinco dos sete critérios avaliados no MDA (Minimal Disease Activity), após falha ao tratamento com pelo menos dois esquemas terapêuticos com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs) por, no mínimo, três meses cada um. <p>b. pacientes com comprometimento axial ou entesite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou maior que 2,1 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), ou se o paciente não atingir cinco dos sete critérios avaliados no MDA, após falha ao tratamento por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não esteroidais (AINEs).

<p>65. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>e. Esclerose Múltipla: Cobertura obrigatória do imunobiológico Natalizumabe quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o paciente apresente um dos critérios do Grupo III:</p> <p>Grupo I</p> <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados; Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-RR); Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética; Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas; Falha terapêutica com a utilização de glatirâmer e betainterferona anteriormente; Estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses; Ser encaminhados a infectologista ou pneumologista para afastar tuberculose se apresentarem lesões suspeitas à radiografia de tórax; Valores de neutrófilos acima de 1.500/mm³ e linfócitos acima de 1.000/mm³ ao hemograma. <p>Grupo II</p> <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Esclerose Múltipla Remitente Recorrente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva (EM-PP) com surto; Incapacidade de adesão ao tratamento e impossibilidade de monitorização dos efeitos adversos; Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento; Diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP); Pacientes que apresentem maior risco de infecções oportunistas; Pacientes com câncer, exceto se carcinoma basocelular de pele. <p>Grupo III</p> <ol style="list-style-type: none"> Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes; Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença <p>Referência: Portaria SAS/MS nº 391 de 05 de maio de 2015.</p>	<p>65. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>65.13 ESCLEROSE MÚLTIPLA</p> <ol style="list-style-type: none"> Cobertura obrigatória do medicamento Natalizumabe para pacientes com Esclerose Múltipla Recorrente-Remitente grave em rápida evolução, definida por 2 ou mais recidivas incapacitantes no espaço de um ano e com 1 ou mais lesões realçadas por gadolínio em uma imagem do cérebro obtida por Ressonância Magnética Nuclear (RMN) ou um aumento significativo das lesões em T2 comparativamente com uma RMN anterior recente. Cobertura obrigatória do medicamento Natalizumabe, quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o paciente apresente um dos critérios do Grupo III: <p>Grupo I</p> <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados; Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM - SP); Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética; Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas; <p>e. Em terceira ou quarta linha de tratamento quando houver falha terapêutica ou resposta sub-ótima, intolerância, eventos adversos ou falta de adesão na primeira e segunda linha, no mínimo.</p> <p>Linhas de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeira linha: betainterferona, glatirâmer ou teriflunomida. • Segunda linha: betainterferona, glatirâmer, teriflunomida, fumarato de dimetila ou fingolimode. • Terceira linha: fingolimode. O uso do Natalizumabe em terceira linha somente será indicado caso o Fingolimode tenha sido prescrito em segunda linha ou caso haja contra-indicação ao seu uso. <p>...</p> <p>h. Valores de neutrófilos acima de 1.500/mm³ e linfócitos acima de 1.000/mm³ ao hemograma.</p> <p>...</p> <p>e. Pacientes que apresentem qualquer uma das seguintes condições: micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave ou outras infecções oportunistas nos últimos 3 meses, infecção por HIV, imunossupressão, infecção atual ativa;</p> <p>f. Pacientes com câncer, exceto se carcinoma basocelular de pele.</p> <p>Grupo III</p> <ol style="list-style-type: none"> Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes; Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença. <p>Observação: Quanto às Linhas de Tratamento.</p> <p>Cobertura obrigatória dos medicamentos Betainterferona e Acetato de glatirâmer em primeira ou segunda linha, quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o paciente apresente um dos critérios do Grupo III:</p> <p>Grupo I</p> <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados; Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-SP); Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética; Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas. <p>Grupo II</p> <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EM-PP) ou de EMPP com surto; Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento. <p>Grupo III</p> <ol style="list-style-type: none"> Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar
---	--

	<p>todas as medidas atenuantes;</p> <p>b. Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença.</p> <p>3. Cobertura obrigatória dos medicamentos Alentuzumabe ou Ocrelizumabe quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o paciente apresente um dos critérios do Grupo III:</p> <p>Grupo I</p> <p>a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) pelos Critérios de McDonald revisados e adaptados;</p> <p>b. Esclerose Múltipla Recorrente Remitente (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-SP);</p> <p>c. Lesões desmielinizantes à Ressonância Magnética;</p> <p>d. Diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas;</p> <p>e. Falha terapêutica ao Natalizumabe, ou contra indicação ao seu uso continuado devido a risco aumentado de desenvolver leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) definido pela presença de todos os fatores de risco descritos a seguir: resultado positivo para anticorpo anti-VJC, mais de 2 anos de tratamento com natalizumabe e terapia anterior com imunossupressor;</p> <p>f. Estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses;</p> <p>g. Ser encaminhado a infectologista ou pneumologista para afastar tuberculose se apresentarem lesões suspeitas à radiografia de tórax;</p> <p>h. Valores de neutrófilos acima de 1.500/mm³ e linfócitos acima de 1.000/mm³ ao hemograma.</p> <p>Grupo II</p> <p>a. Diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EM-PP) ou de EMPP com surto.</p> <p>b. Intolerância ou hipersensibilidade ao medicamento;</p> <p>c. Diagnóstico de LEMP;</p> <p>d. Pacientes que apresentem qualquer uma das seguintes condições: micose sistêmica nos últimos 6 meses, herpes grave ou outras infecções oportunistas nos últimos 3 meses, infecção por HIV, imunossupressão, infecção atual ativa;</p> <p>e. Pacientes com câncer, exceto se carcinoma basocelular de pele.</p> <p>Grupo III</p> <p>a. Surgimento de efeitos adversos intoleráveis após considerar todas as medidas atenuantes;</p> <p>b. Falha terapêutica definida como dois ou mais surtos no período de 12 meses, de caráter moderado ou grave (com sequelas ou limitações significantes, pouco responsivas à pulsoterapia) ou evolução em 1 ponto na escala Expanded Disability Status Scale (EDSS) ou progressão significativa de lesões em atividade da doença.</p>
	<p>65. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)</p> <p>65.2 ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a. Subtipos AIJ oligoarticular estendida, AIJ poliarticular, artrite relacionada a entesite, artrite psoriásica e artrite indiferenciada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cobertura obrigatória para pacientes com atividade da doença, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de 3 meses. <p>b. Subtipo AIJ sistêmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cobertura obrigatória para pacientes com atividade da doença, refratários ao tratamento convencional por 7 a 14 dias.

<p>69. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios:</p> <p>a. acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico - pacientes com edema macular secundário à degeneração macular relacionada à idade (DMRI), retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico;</p> <p>b. acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa); • edema macular diabético; • buraco macular; • membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração macular relacionada à idade, estrias angióides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central); • membrana epirretiniana; • distrofias retinianas. 	<p>69. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios:</p> <p>a. acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico - pacientes com edema macular secundário à degeneração macular relacionada à idade (DMRI), retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico;</p> <p>b. acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa); • edema macular diabético; • buraco macular; • membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração macular relacionada à idade, estrias angióides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central); • membrana epirretiniana; • distrofias retinianas. <p>c. acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em pacientes com suspeita de glaucoma (discos ópticos com relação escavação/disco > 0,6 e < 0,9 e/ou assimetria da relação escavação/disco entre os olhos > 0,2 e/ou afinamentos localizados do anel neural).</p> <p>d. acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em hipertensos oculares (pressão intraocular > 21 mmHg).</p>
<p>70. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA</p> <p>1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o receptor e o doador são consanguíneos podem ser realizados com ou sem mieloablação, e serão de cobertura obrigatória desde que preenchidos os seguintes critérios:</p> <p>1.1. Com mieloablação: Receptores com idade igual ou inferior a 65 anos, portadores de uma das seguintes patologias: ...</p> <p>1.2. Sem mieloablação: Receptores com idade igual ou inferior a 70 anos, portadores de uma das seguintes patologias: ...</p>	<p>70. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA</p> <p>1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o receptor e o doador são consanguíneos podem ser realizados com ou sem mieloablação, e serão de cobertura obrigatória desde que preenchidos os seguintes critérios:</p> <p>1.1. Com mieloablação: Receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias: ...</p> <ul style="list-style-type: none"> l. hemoglobinúria paroxística noturna; m. mucopolissacaridose tipo IV A; n. mucopolissacaridose VI; o. mucopolissacaridose I; p. mucopolissacaridose II; q. anemia falciforme com crise; r. transtornos falciformes heterozigóticos duplos; s. adrenoleucodistrofia; e t. síndrome linfo-histocitose hemofagocítica. <p>1.2. Sem mieloablação: Receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:</p> <p>2. Os TCTH de medula óssea em que o receptor e o doador não são ...</p> <ul style="list-style-type: none"> k. hemoglobinúria paroxística noturna; l. mucopolissacaridose tipo IV A; m. mucopolissacaridose VI; n. mucopolissacaridose I; o. mucopolissacaridose II; p. adrenoleucodistrofia; e q. síndrome linfo-histocitose hemofagocítica.
<p>110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nos subitens desta Diretriz de Utilização, quando seguidos os parâmetros definidos em cada subitem para as patologias ou síndromes listadas...</p>	<p>110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA</p> <p>1. Cobertura obrigatória quando for solicitado pelo médico assistente (neurologista, oncologista clínico, hematologista ou geneticista) e puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nos subitens desta Diretriz de Utilização, quando seguidos os parâmetros definidos em cada subitem para as patologias ou síndromes listadas.</p>

	<p>b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes dos sub-itens desta Diretriz de Utilização, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais.</p>
<p>110.39 - SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY) ... Método de análise utilizado de forma escalonada: Nos pacientes enquadrados nos itens 1 e 2 e 3: 1. Realizar CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo) do caso índice. 2. Em caso de se identificar uma variante de significado incerto, a cobertura será obrigatória de CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo) dos pais do caso índice. Nos pacientes (pais do caso índice) enquadrados no item 4: 1. Realizar cariótipo. 2. Nos casos em que o diagnóstico não for confirmado através do item anterior, realizar FISH (Hibridação In Situ Fluorescente).</p>	<p>110.39 - SÍNDROMES DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS SUBMICROSCÓPICAS NÃO RECONHECÍVEIS CLINICAMENTE (ARRAY) ... Método de análise utilizado de forma escalonada: Nos pacientes enquadrados nos itens 1 e 2 e 3: 1. Realizar CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo) do caso índice. 2. Em caso de se identificar uma variante de significado incerto, a cobertura será obrigatória de CGH- Array (Hibridização Genômica Comparativa) ou SNP-array (Polimorfismo de um único nucleotídeo) dos pais do caso índice. 3. Em caso de resultado negativo, realizar o Sequenciamento Completo do Exoma. Nos pacientes (pais do caso índice) enquadrados no item 4: 1. Realizar cariótipo. 2. Nos casos em que o diagnóstico não for confirmado através do item anterior, realizar FISH (Hibridação In Situ Fluorescente).</p>
<p>121. RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) 1. Cobertura obrigatória para tratamento do ceratocone, excluindo-se pacientes com um ou mais dos critérios seguintes: a. idade superior a 35 anos; b. acuidade visual com correção pré-operatória melhor que 20/25; c. espessura corneana menor que 400 micrômetros; d. infecção herpética prévia; e. infecção concomitante; f. cicatriz corneana grave ou opacificação corneana; g. doença de superfície ocular grave; h. doença auto-imune.</p>	<p>121. RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) 1. Cobertura obrigatória para o tratamento do ceratocone progressivo, quando o olho a ser tratado preencher um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II: Grupo 1: a. Aumento do astigmatismo corneal central de 1.00D ou mais à reavaliação do paciente no máximo em um ano; b. Aumento da ceratometria máxima (Kmax) de 1.00D ou mais à reavaliação do paciente no máximo em um ano. Grupo 2: a. idade superior a 35 anos; b. acuidade visual com correção pré-operatória melhor que 20/25; a. espessura corneana menor que 400 micrômetros; b. infecção herpética prévia; c. infecção concomitante; d. cicatriz corneana grave ou opacificação corneana; e. doença de superfície ocular grave; f. doença auto-imune.</p>
<p>124. TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) 1. Cobertura obrigatória para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. Crianças com menos de 1 ano de idade e que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas; b. Crianças com até dois anos com doença pulmonar crônica; c. Crianças com até dois anos com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada. Considerações Gerais para a cobertura do procedimento: ... A sazonalidade do VSR nas diferentes regiões do Brasil é estabelecida conforme Nota Técnica Conjunta SAS/SCTIE/SVS nº 5/2015. ... 1. Portaria MS/SAS nº 522 de 13 de maio de 2013. 2. Nota Técnica Conjunta SAS/SCTIE/SVS nº 5/2015. Disponível em http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/11/NotaTecnicaConjun-ta-VSR.pdf . Acesso em 28/09/2017.</p>	<p>124 TERAPIA IMUNOPROFILÁTICA COM PALIVIZUMABE PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) 1. Cobertura obrigatória para prematuros e crianças quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. Crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias); ou b. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar); ou c. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada. Condições gerais para cobertura do procedimento, conforme "Protocolo de uso do Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório", Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 23, de 3 de outubro de 2018: I. O diagnóstico de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) é definido pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional</p>

	<p>corrigida, em prematuro extremo. ...</p>
<p>126. SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT – PCR 1. Cobertura obrigatória quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) definido pelo Ministério da Saúde. Observação: Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (Covid19) ainda está em processo de consolidação, à medida em que novas evidências forem disponibilizadas, a tecnologia e sua diretriz poderão ser revistas a qualquer tempo.</p>	<p>126. SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT – PCR 1. Cobertura obrigatória, conforme solicitação do médico assistente, para pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. Observação: As solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas na DUT devem ser autorizadas de forma imediata.</p>

1.6 NOVAS DUTS de PROCEDIMENTOS JÁ EXISTENTES

Inclusão de DUTS para procedimentos já existentes no rol

136. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de fonoaudiologia, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização nº 104, relativa ao procedimento Sessão com Fonoaudiólogo.

137. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de psicologia, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização nº 106, relativa ao procedimento Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional.
2. Cobertura obrigatória de 2 consultas de psicologia, por ano de contrato, observando o disposto na Diretriz de Utilização nº 105, relativa ao procedimento Sessão com Psicólogo

138. CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de 2 consultas de terapia ocupacional, por ano de contrato, para cada CID apresentado pelo paciente, observando os CIDs dispostos na Diretriz de Utilização nº 106, relativa aos procedimentos Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional e na Diretriz de Utilização nº 107, relativa ao procedimento Sessão com Terapeuta Ocupacional.

145. PARTO CESARIANO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. Cesariana programada por indicação materna ou fetal, independentemente da idade gestacional, desde que apresentado relatório médico;
 - b. Cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto, informada em prontuário médico ou partograma (gráfico ou descritivo);
 - c. Cesariana a pedido, desde que comprovado que a gestante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as suas características socioculturais e preenchidos um dos seguintes critérios:
 - realizada a partir de 39 semanas completas;
 - realizada por uma indicação materna e/ou fetal de interrupção da gravidez, independentemente da idade gestacional;
 - realizada após o início do trabalho de parto devidamente registrado em prontuário.

Para fins desta DUT entende-se:

I - Cesariana programada por indicação materna ou fetal: refere-se àquelas situações em que há um imperativo clínico, materno ou fetal, para a indicação programada do procedimento. II - Cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto: refere-se às situações de urgência/emergência e intercorrências no trabalho de parto. III - Cesariana a pedido: refere-se às situações em que a paciente solicita o procedimento. Obs.: Cabe ao médico assistente a definição do modelo de partograma (que deve conter os dados mínimos indicados pela Organização Mundial da Saúde - OMS); relatório médico; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ou pedido médico, a serem utilizados

2. ALTERAÇÃO DE TERMO DESCRITIVO

ALTERAÇÕES DE TERMOS DESCRITIVOS	
DE	PARA
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL / ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL/ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE (COM DUT)	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL/ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC., E.H. OU US)	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (PNEUMÁTICA OU PNEUMÁTICO-BALÍSTICA – MEC; ELETROHIDRÁULICA - E.H.; OU ULTRASSOM - U.S.)
TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO)	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO)
LAMINECTOMIA	LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA OU PERITONEAL	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA
CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES VALVULARES	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES DE DRENAGEM
AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE MARCA-PASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR	AVALIAÇÃO CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO CARDÍACO ELETRÔNICO IMPLANTÁVEL (MARCA-PASSO, ESTIMULADOR MULTISSÍTIO/RESSINCRONIZADOR, DESFIBRILADOR OU MONITOR DE EVENTOS)
CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
	SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM PSICÓLOGO
	SESSÃO COM PSICÓLOGO
CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTA/AVALIAÇÃO COM FONOAUDIÓLOGO
	SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO
RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM RADIOFREQUÊNCIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO PARCIAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR)
	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR)

Publicado em 10/06/2021