



**Postal Saúde**  
Sua vida, nossa existência

# **Diretrizes de utilização do CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II**

**Procedimentos extra-rol (DUC)  
(Atualização 2022)**

## Diretrizes de utilização do CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II

### Procedimentos extra-rol (DUC)

#### (Atualização 2022)

#### Objetivo

Este documento visa estabelecer regras de liberação e cobertura de procedimentos extra-Rol exclusivamente para os Planos CorreiosSaúde e CorreiosSaúde II.

Todas as solicitações médicas devem ser avaliadas com base nos critérios aqui definidos; entretanto, eles não são absolutos, cabendo ao médico avaliar o quadro clínico e as peculiaridades de cada caso.

~~1) 10106073 – Junta Médica (três ou mais profissionais) – destina-se ao esclarecimento diagnóstico ou decisão de conduta em caso de difícil solução – por profissional~~

DUC Revogada. Procedimento já previsto pela RN 424 da ANS, de 26/junho/2017, que prevê a Junta Médica em caso de divergência técnica entre a Postal e o Médico Assistente. É solicitado apenas pela Operadora – Postal Saúde. Pode ser documental ou presencial. O beneficiário não coparticipa.

**2) 10106103 – Perícia Médica**

Procedimento solicitado apenas pela Operadora – Postal Saúde. Será realizado apenas de forma presencial. O beneficiário não coparticipa.

~~3) 20102097 – Sistema Holter – 12 horas – 2 ou mais canais~~

DUC Revogada. Procedimento já previsto pelo Rol da ANS (Holter de 24 horas – 2 ou mais canais – analógico ou digital), incluindo:

- **20102097** - Sistema Holter - 12 horas - 2 ou mais canais;
- **20102020** - Holter de 24 horas - 3 canais (digital);
- **20102011** - Holter de 24 horas - 2 ou mais canais (analógico).

**4) 20104170 – Sessão de eletroconvulsoterapia (em sala com oxímetro de pulso, monitor de ECG, EEG), sob anestesia.**

Cobertura assegurada quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Solicitação somente por Médico Psiquiatra, com envio de relatório do profissional responsável pela condução do caso;
- b) O relatório deve conter avaliação prévia do estado clínico do paciente, com ênfase nas condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas;
- c) Apresentação do termo de consentimento informado, por escrito, assinado pelo próprio beneficiário ou por seu representante legal.

#### **5) 20104197 – Sessão de psicoterapia de casal**

Cobertura de 18 sessões por ano de contrato, mediante apresentação de relatório, quando preenchido pelo menos um dos critérios a seguir:

- a) Pouco diálogo, restringindo-se muitas vezes a questões essenciais do cotidiano;
- b) Aumento na frequência de discussões, muitas vezes culminando em conflitos;
- c) Dificuldade de negociação, com adoção frequente de posturas pouco flexíveis;
- d) Redução dos momentos de convivência e intimidade;
- e) Perda do interesse, diminuição da frequência ou qualidade do relacionamento sexual.

Não cabe prorrogação das sessões anuais em qualquer situação.

#### **6) 20104340 – Cateterismo de canais ejaculadores**

Cobertura assegurada apenas para beneficiários do sexo masculino, quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

#### **7) 20104359 – Massagem prostática**

Cobertura assegurada de acordo com as seguintes indicações:

- a) Tipo I – Prostatite bacteriana aguda;
- b) Tipo II – Prostatite bacteriana crônica;
- c) Tipo IIIA – Prostatite crônica inflamatória/síndrome de dor pélvica (CP/CPPS);
- d) Tipo IIIB – Prostatite crônica não inflamatória/síndrome de dor pélvica;
- e) Tipo IV- Prostatite inflamatória assintomática/síndrome de dor pélvica.

#### **8) 20104367 – Pneumoperitônio (por sessão)**

Cobertura assegurada para os seguintes casos:

- a) Tratamento cirúrgico das Hérnia volumosas;
- b) Tratamento cirúrgico dos grandes defeitos da parede abdominal.

#### **9) 20104375 – Pneumotórax artificial**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

#### **10) 20105029 – Perícia psiquiátrica administrativa**

Procedimento solicitado apenas pela Operadora – Postal Saúde. O beneficiário não participa.

#### **11) 20201079 – Transplante duplo rim-pâncreas - acompanhamento clínico (pós-operatório até 15 dias)**

Cobertura assegurada, quando cumpridas as determinações legais vigentes para a realização de ambos os transplantes e o procedimento já tiver sido autorizado ou realizado.

#### **12) 30101026 – Alopecia parcial - exérese e sutura**

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

**13) 30101034 – Alopecia parcial - rotação de retalho**

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

**14) 30101042 – Alopecia parcial - rotação múltipla de retalhos**

Cobertura assegurada nos casos de trauma (extensos ferimentos/cicatrizes) ou tumores comprovados mediante apresentação de relatórios e fotos que comprovem a real necessidade da realização do procedimento.

**15) 30101190 – Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores**

Cobertura assegurada para pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, evoluindo com grande perda ponderal, desde que justificado tecnicamente mediante apresentação de relatório médico, apresentação de fotos ou realização de perícia presencial. Obrigatória a assinatura de Termo de Consentimento. Procedimento bilateral, passível de realização uma única vez em cada localização da descrição e também da giba nugal, pelos mesmos motivos.

**16) 30101395 – Esfoliação química média (por sessão)**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**17) 30101409 – Esfoliação química profunda (por sessão)**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**18) 30101417 – Esfoliação química superficial (por sessão)**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**19) 30101654 – Lasercirurgia (por sessão)**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**20) 30101859 – Tratamento de anomalias pilosas a laser/photoderm - por sessão.**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**21) 30101905 – Tratamento de lesões cutâneas e vasculares a laser/photoderm - por sessão**

Cobertura assegurada para correção de lesões de pele graves causadas por doenças comprovadas mediante apresentação de relatórios e fotos para visualizar o diagnóstico sugerido e a real necessidade do tratamento proposto. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**22) 30205220 – Tonsilectomia a laser**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**23) 30205263 – Uvulopalatofaringoplastia por radiofrequência**

Cobertura assegurada para os seguintes casos, mediante relatório médico:

- a) Síndrome de apneia e hipopneia do sono, com sonolência diurna excessiva e índice de apneia/hipopneia maior que cinco por hora de sono na polissonografia;
- b) Pacientes que não melhoram com tratamento clínico, comprovado por relatório médico.

**24) 30205280 – Ressecção de nasoangiofibroma por videoendoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**25) 30301106 – Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico demonstrando que a redundância de pele prejudica a visão. Não há cobertura para correções estéticas.

**26) 30301270 – Xantelasma palpebral - exérese – unilateral**

Cobertura assegurada para xantelasma extensos que resultem em obstrução da visão, comprovados mediante apresentação de fotos para visualizar o diagnóstico sugerido. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**27) 30303036 – Enxerto de membrana amniótica**

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico:

- a) Reconstrução da superfície ocular em doenças cicatriciais da córnea e conjuntiva, como queimaduras químicas;
- b) Penfigóide ocular cicatricial;
- c) Eritema multiforme;
- d) Síndrome de Stevens-Johnson;
- e) Ceratopatia bolhosa;
- f) Exérese de pterígio recidivado;
- g) Defeito epitelial persistente;
- h) Ceratoconjuntivite primaveril.

**28) 30303095 – Transplante de limbo**

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico:

- a) Queimaduras químicas severas;
- b) Doença de Stevens-Johnson;
- c) Síndrome de Lyell;
- d) Penfigóide Cicatricial.

**29) 30308046 – Exérese de tumor de esclera**

Cobertura assegurada no caso de tumor de esclera, mediante relatório médico e/ou laudo de exames comprobatórios.

**30) 30312051 – Infusão de gás expansor**

Também consta no Rol por meio da codificação 30307058 - Infusão de perfluorcarbono

**31) 30312116 – Retinotomia relaxante**

Cobertura assegurada nos casos de cirurgia vitreoretinal, mediante relatório médico.

**32) 30501466 – Turbinoplastia por radiofrequência**

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Presença de sintomas de obstrução nasal (nariz entupido, boca seca, etc.) que sejam atribuídos ao aumento de volume das conchas nasais (especialmente nos casos de rinite medicamentosa e rinite alérgica sem melhora com sprays nasais);
- b) Ronco e apneia do sono (em casos bem selecionados).

**33) 30501504 – Ozena - tratamento cirúrgico por videoendoscopia**

Cobertura assegurada nos casos de rinite atrófica.

**34) 30501512 – Perfuração do septo nasal - correção cirúrgica por videoendoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**35) 30501520 – Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia**

Cobertura assegurada nos casos de desvio de septo ósseo com comprometimento funcional. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**36) 30501539 – Septoplastia por videoendoscopia**

Cobertura assegurada nos casos de desvio de septo cartilaginoso com comprometimento funcional. Não há cobertura do procedimento por motivo estético.

**37) 30501000 - Antrostomia maxilar, etmoidectomia etc. a laser (abertura de todas as cavidades paranasais a laser)**

Cobertura assegurada quando justificada tecnicamente, mediante relatório médico.

**38) 30502292 – Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

### 39) 30502349 – Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

### 40) 30502357 – Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia.

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

### 41) 30602122 – Correção da hipertrofia mamária – unilateral

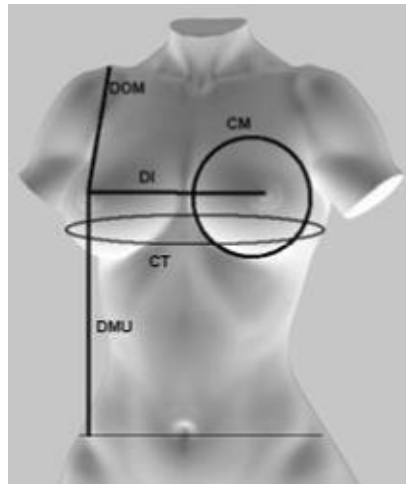
Cobertura é exclusiva para os casos de hipertrofia mamária GRAVE ou gigantomastia em que haja vícios de postura, desconforto, alterações de pele causadas pelas alças do sutiã, dermatite submamária causada por atrito, por suor ou por infecções fúngicas e/ou bacterianas. Vide informações mais abaixo.

Deve haver solicitação médica por relatório contendo as seguintes informações:

- ✓ Indicação do procedimento;
- ✓ Diagnóstico de hipertrofia mamária comprovado por exames de imagem e, se houver, histopatológico;
- ✓ Ocorrência de complicações secundárias: vícios de postura, desconforto, alterações de pele causadas pelas alças do sutiã, dermatite submamária causada por atrito, por suor ou por infecções fúngicas e/ou bacterianas;
- ✓ Documentação fotográfica;
- ✓ Parecer de Ortopedista comprovando vício de postura;
- ✓ IMC da paciente (ou peso e altura);
- ✓ Índice de Sacchini de cada mama (ou as medidas “x” e “y” de cada mamilo até a margem lateral do esterno e até o respectivo sulco inframamário – Fig 2);
- ✓ Dimensões da mama contendo as medidas do quadro abaixo:

**Quadro 1 – Medidas-Padrão para classificação do tamanho das mamas**

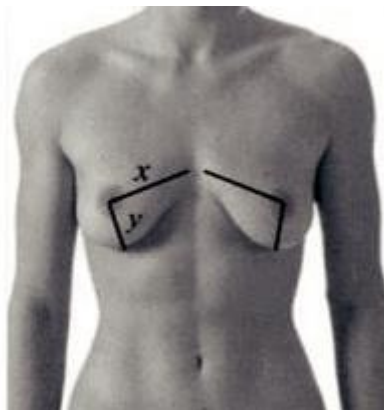
Medidas	Proporção Antropométrica “Ideal”	Grave
DI Distância Intermamilar	≤64% do Perímetro Cefálico OU ≤32% da Circunferência Torácica	≥70% do Perímetro Cefálico OU ≥35% da Circunferência Torácica
DOM Distância Ombro-Mamilo	1/3 (DOM+DMU) ou 1/2 DMU	DOM+DMU ≥ 1
DMU Distância Mamilo - Linha Umbilical (crista ilíaca)	2/3 (DOM+DMU) ou 2x DOM	DMU÷DOM ≤ 1
CM Circunferência da Mama	<50cm	>55cm
CT Circunferência do Tórax (medida “busto”)	60% da altura	> 68% da altura



**Figura 1 – Proporções Antropométricas das Mamas**

- a) Para fins de cobertura, a classificação da hipertrofia como GRAVE corresponde à identificação de pelo menos 2 medidas-padrão graves do quadro 1 ou a um IS  $\geq 13$ .
- b) A cobertura está excluída pela DUC nos seguintes casos:
- ✓ Obesidade (IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>);
  - ✓ Hipertrofia leve ou moderada (menos que 2 medidas-padrão graves)
  - ✓ Lipomastia (salvo se gigantomastia);
  - ✓ Flacidez e estrias mamárias;
  - ✓ Ptose mamária sem hipertrofia grave ou gigantomastia;
  - ✓ Complicação decorrente de procedimento não coberto ou não autorizado.
- c) Caso necessário, poderá ser solicitada perícia presencial para melhor avaliação.

A gigantomastia consiste em mamas desproporcionais em relação ao biotipo da paciente, podendo ocasionar alterações de pele, vícios de postura e desconforto. Pode ser facilmente caracterizada na literatura médica através de diversos critérios, sendo o mais utilizado o Índice de Sacchini (IS) por ser simples, objetivo e prático:



**Figura 2 – Índice de Sacchini (IS)**



O IS é aplicado a cada mama individualmente, obtendo-se a média entre as seguintes distâncias:

- ✓ Margem do esterno até o centro do mamilo ipsilateral (x);
- ✓ Sulco inframamário até o centro do mamilo ipsilateral (Y).

Define-se, assim, o tamanho das mamas de forma objetiva:

- ✓ IS até 9: mama pequena;
- ✓ IS entre 9 e 11: mama de tamanho médio;
- ✓ IS a partir de 11: mama grande;
- ✓ IS a partir de 13: mama gigante, gigantomastia.

Enquanto a gigantomastia se refere ao tamanho das mamas, a hipertrofia mamária se refere à composição tecidual da mama que causou o seu aumento, ou seja, o desenvolvimento excessivo da glândula mamária.

A hipertrofia mamária não deve ser confundida com a lipomastia, em que o volume mamário é composto por tecido adiposo (gorduroso) em vez de glandular. A diferença entre os diagnósticos pode ser observada por exames de imagem e deve ser levada em conta na análise das solicitações de 3.06.02.122 – Correção da hipertrofia mamária – unilateral.

## REFERÊNCIAS

- Vilar, L. *Endocrinologia Clínica. 4a ed. Guanabara Koogan, RJ, 2009. p.543.*
- Nordt CA, DiVasta AD. *Gynecomastia in Adolescents. Curr Opin Pediatr, Agosto/2008, 20(4):375-82.*
- Ferreira LM. *Guia de Cirurgia Plástica. 1a ed. Schor N, editor da série. Barueri: Manole 2007. 589p.*
- Braunstein, GD. *Gynecomastia. N Engl J Med Fev/1993, 18;328(7):490-5.*
- 30602122 – *Correção da Hipertrofia Mamária – Unilateral. Diretrizes de Utilização do Correiossaúde e Correiossaúde*
- *II - Procedimentos Extra-Rol (DUC), item 41.*
- *Human Anatomy Fundamentals. Acessado em 11 de setembro de 2020: <https://design.tutsplus.com/pt/articles/human-anatomy-fundamentals-basic-body-proportions--vector-18254>.*
- *Pesquisa do Senai define os padrões de medidas do corpo dos brasileiros. Acessado em 11 de setembro de 2020: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/07/pesquisa-do-senai-define-os-padroes-de-medidas-do-corpo-dos-brasileiros.html#:~:text=Os%20homens%20t%C3%AAAm%2C%20em%20m%C3%A9dia,cintura%20e%20102%20de%20quadril>.*

**42) 30726298 – Transplantes homólogos ao nível do joelho - tratamento cirúrgico**

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Lesões condrais e osteocondrais grandes do joelho (maior que 2cm<sup>2</sup>) em que o tamanho da lesão contraindique outros tipos de procedimento de reparo da cartilagem;
- d) Tratamento da falha de outras técnicas utilizadas para as lesões osteocondrais, como microfraturas, desbridamento, mosaicoplastia e transplante autólogo de condrócitos.

**43) 30803187 – Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral por videotoracoscopia**

Cobertura assegurada nos casos de enfisema predominante em lobos superiores e capacidade de exercício baixa, mediante relatório médico.

**44) 30803195 - Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**45) 30805201 – Ligadura de artérias brônquicas para controle de hemoptise por vídeo**

Cobertura assegurada apenas nos casos de pacientes com hemoptise maciça ou moderada, ou hemoptise de repetição, mediante relatório médico.

**46) 30805210 – Ligadura de ducto-torácico por vídeo**

Cobertura assegurada nos casos de falha dos tratamentos conservadores do quilotórax, mediante relatório médico.

**47) 30805287 – Tratamento da mediastinite por vídeo**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**48) 30806054 – Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**49) 30917026 – Cardiomioplastia**

Cobertura assegurada quando justificada tecnicamente, mediante relatório médico, como alternativa ao transplante cardíaco no tratamento de cardiomiopatias isquêmicas ou dilatadas em fase avançada.

**50) 31001300 – Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada nas lesões neoplásicas justificadas tecnicamente, mediante relatório médico.

**51) 31001327 – Tratamento cirúrgico das varizes esofágicas por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada nos casos de sangramento não controlado por medidas farmacológicas ou endoscópicas, mediante relatório médico.

**52) 31001351 – Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoracoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**53) 31002293 – Conversão de anastomose gastrojejunal por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**54) 31002358 – Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**55) 31002366 – Gastrotomia para retirada de CE ou lesão isolada por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**56) 31002404 – Vagotomia gástrica proximal ou superseletiva com duodenoplastia (operação de drenagem) por videolaparoscopia**

Cobertura assegurada no tratamento de úlceras duodenais crônicas, mediante relatório médico.

**57) 31006124 – Cisto pancreático - cistojejunoanastomose - tratamento cirúrgico**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**58) 31006132 – Cisto pancreático - gastroanastomose - tratamento cirúrgico**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**59) 31101593 – Cisto de supra-renal - tratamento cirúrgico**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**60) 31102573 – Ureteroenterostomia cutânea – unilateral**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**61) 31102581 – Ureterolitotripsia transureteroscópica**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**62) 31103570 – Colo vesical - ressecção cirúrgica**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**63) 31103588 – Tumor vesical, ressecção a céu aberto**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**64) 31104258 – Ressecção de corda da uretra**

Cobertura assegurada nos casos de hipospádia, mediante relatório médico.

**65) 31104266 – Uretrotomia externa para retirada de cálculo ou corpo estranho**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**66) 31201083 – Hipertrofia prostática - hipertermia ou termoterapia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**67) 31201164 – Hipertrofia prostática - tratamento por diatermia**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**68) 31202055 – Plástica escrotal**

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Trauma;
- b) Neoplasia;
- c) Síndrome de Fournier;
- d) Varicocele.

**69) 31205089 – Vasostomia**

Cobertura assegurada nos seguintes casos:

- a) Drenagem de abscesso do canal deferente;
- b) Drenagem de sêmen;
- c) Retirada de corpo estranho.

**70) 31206131 – Implante de prótese inflável**

Cobertura assegurada na disfunção erétil, mediante relatório médico.

**71) 31401392 – Trepanação para propedêutica neurocirúrgica**

Cobertura assegurada na investigação diagnóstica e na colocação de catéter para monitorização intracraniana (PIC), mediante relatório médico.

**72) 31502016 – Transplante cardíaco (doador)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante cardíaco for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**73) 31502024 – Transplante cardíaco (receptor)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante cardíaco for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**74) 31503012 – Transplante cardiopulmonar (doador)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante duplo cardiopulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**75) 31503020 – Transplante cardiopulmonar (receptor)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante duplo cardiopulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**76) 31504019 – Transplante pulmonar (doador)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**77) 31504027 – Transplante pulmonar unilateral (receptor)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pulmonar for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**78) 31505015 – Transplante hepático (receptor)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante hepático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**79) 31505023 – Transplante hepático (doador)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante hepático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**80) 31507018 – Transplante pancreático (receptor)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pancreático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**81) 31507026 – Transplante pancreático (doador)**

Cobertura assegurada quando o beneficiário candidato a receptor de transplante pancreático for elegível ao transplante conforme critérios do Sistema Nacional de Transplantes e o mesmo fizer parte da lista única de espera oficial.

**82) 40103781 – Audiometria ocupacional ou de seleção**

Cobertura assegurada somente a pedido da mantenedora.

**83) 40103811 – Eletrodiagnóstico**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**84) 40201317 – Medida de pressão de varizes de esôfago endoscópica**

Cobertura assegurada para classificação das varizes em pacientes com hipertensão portal, mediante relatório médico.

**85) 40202070 – Cistoenterostomia com colocação de prótese ou dreno**

Cobertura assegurada para pacientes com pancreatite crônica com cisto pancreático, mediante relatório médico.

**86) 40202755 – Colonoscopia com tratamento de fístula**

Cobertura assegurada quando justificado tecnicamente, mediante relatório médico.

**87) 40301338 – Anfetaminas, pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada somente por ordem judicial, não é necessário pedido médico. Arquivar o mandado judicial no lugar do pedido médico.

**88) 40302148 – Isomerase fosfohexose - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada para as seguintes hipóteses diagnósticas, mediante pedido médico:

- a) Doença de Von Gierke - Deficiência de glicose-6-fosfatase;
- b) Doença de Pompe - Deficiência de  $\alpha$ -glicosidase;
- c) Doença de Cori - Deficiência da enzima desramificadora;
- d) Doença de Andersen - Deficiência da enzima ramificadora.

**89) 40302210 – Lipoproteína (a) - Lp (a) - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada para avaliação de pacientes com fator de risco independente, significativo de aterosclerose, sobretudo nas coronariopatias e, provavelmente, de acidente vascular cerebral e aneurismas abdominais, mediante pedido médico.

**90) 40302660 – Mucoproteínas - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada na suspeita de atividade reumática, mediante pedido médico

**91) 40302849 – Vitamina K,- pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**92) 40303047 – Eosinófilos, pesquisa nas fezes**

Cobertura assegurada na hipótese diagnóstica de enterocolopatias causadas por parasitose intestinal ou por processos alérgicos, mediante pedido médico. Eventualmente, os eosinófilos se associam ao achado de cristais de Charcot-Leyden nas fezes.

**93) 40303195 – Gordura fecal, pesquisa de**

Cobertura assegurada na investigação de esteatorreia, devido a deficiência da digestão e/ou absorção das gorduras, doença pancreática crônica, doença celíaca, enteropatias bacterianas e virais, mediante pedido médico. Este exame é qualitativo (resultado positivo ou negativo), não confundir com 4.03.03.055 – Gordura fecal, dosagem, que é quantitativo e é coberto pelo Rol.

**94) 40304329 – Hemácias fetais, pesquisa**

Cobertura assegurada na suspeita de Eritroblastose fetal, também denominada doença de Rhesus, doença hemolítica por incompatibilidade RH ou doença hemolítica do recém-nascido (DHRN), mediante pedido médico.

**95) 40304400 – Inibidor do TPA (PAI) - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada nos estados de hipercoagulabilidade, eventos tromboembólicos agudos, doenças malignas, sepse, síndrome metabólica, hipotireoidismo, pós-operatório e durante a gestação, mediante pedido médico.

**96) 40304744 – Imunofenotipagem para perfil imune**

Cobertura assegurada quando houver dúvida na biópsia quanto ao tipo histológico em caso de tumores, mediante relatório médico.

**97) 40304795 - Células LE - pesquisa e/ou dosagem**

DUC Revogada. Procedimento obsoleto, saiu da TUSS e foi substituído pelo 4.03.06.852 – Fator antinúcleo, (FAN) - pesquisa e/ou dosagem, que consta no Rol.

**98) 40305759 – Hormônio gonodotrófico coriônico qualitativo (HCG-Beta-HCG) – pesquisa**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Este exame é qualitativo (resultado positivo ou negativo), não confundir com 4.03.05.767 – Hormônio gonodotrófico coriônico quantitativo (HCG-Beta-HCG) – dosagem, coberto pelo Rol.

**99) 40306828 – Equinococose, IDR - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Não confundir com 4.03.06.810 – Equinococose (Hidatidose), reação sorológica, coberto pelo Rol.

**100) 40306836 – Esporotricose, reação sorológica**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**101) 40307239 – IgA na saliva - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**102) 40307310 – Imunocomplexos circulantes - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada na suspeita de artrite reumatóide ou Lúpus em atividade, mediante relatório médico. Não confundir com 4.03.07.328 – Imunocomplexos circulantes, com células Raji - pesquisa e/ou dosagem, sem cobertura (nem pelo Rol nem pelas DUCs).

**103) 40307360 – Ito (cancro mole), IDeR - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**104) 40307506 – Mantoux, IDeR**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**105) 40307514 – MCA (antígeno cárcino-mamário) - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada para portadoras de neoplasia maligna de mama, mediante relatório médico.

**106) 40307662 – Proteína eosinofílica catiônica (ECP) - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada na suspeita de asma ou DPOC, mediante pedido médico.

**107) 40307778 – Teste de inibição da migração dos linfócitos (para cada antígeno)**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**108) 40307816 – Toxoplasmina, IDeR**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**109) 40307891 – Widal, reação de**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**110) 40308065 – Gonococo - hemaglutinação (HA)**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**111) 40308081 – Hidatidose (equinococose) IDi dupla - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**112) 40308197 – Vírus sincicial respiratório - pesquisa direta**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**113) 40308200 – Weil Felix (Rickettsiose), reação de aglutinação**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**114) 40308324 – Gonococo - IgG - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**115) 40308332 – Gonococo - IgM - pesquisa e/ou dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**116) 40310469 – Cultura para listeria**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**117) 40310574 – Trichomonas, cultura para**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**118) 40310582 – Yersinia enterocolitica**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**119) 40311260 – Acidez titulável - pesquisa e/ou dosagem na urina**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**120) 40311287 – Beta mercapto-lactato-dissulfidúria, pesquisa - na urina**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**121) 40311384 – Sobrecarga de água, prova - na urina**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**122) 40311414 – Ferro urinário (urina 24h)**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**123) 40311449 – MDMA (Êxtase), triagem (urina)**

Cobertura assegurada apenas em casos de urgência/emergência com suspeita de overdose por Ecstasy, mediante pedido médico.



**124) 40312208 – Cristalografia análise de cálculo**

Cobertura assegurada em casos de litíase, mediante pedido médico.

**125) 40312216 – Esclerose múltipla, painel**

Cobertura assegurada na necessidade de confirmação do diagnóstico de esclerose múltipla, mediante pedido médico.

**126) 40312275 – Pepsinogenio 2**

Cobertura assegurada na suspeita de gastrite severa e neoplasia gástrica, mediante pedido médico.

**127) 40312291 – Proteína 14-3-3**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**128) 40321070 – Dosagem de cortisona**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**129) 40321193 – Haloperidol, dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

**130) 40321290 – Isoenzimas de CPK**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**131) 40321525 – Reserpina, dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

**132) 40321541 – Risperidona, dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico (descrição na TUSS equivocada: Respiridona). Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem

**133) 40321592 – Tioridazina, dosagem**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

**134) 40321657 – Trifluoperazina, dosagem soro**

Cobertura assegurada mediante pedido médico. Também consta no Rol por meio da codificação 4.03.16.238 – Drogas (imunossupressora, anticonvulsivante, digitálico, etc.) cada - pesquisa e/ou dosagem.

**135) 40323234 – Coxsackie A,**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**136) 40323757 – Rubéola, IHA para**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**137) 40404110 – PCR em tempo real para diagnóstico de adenovírus**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**138) 40404153 – PCR em tempo real para os vírus parainfluenza e influenza**

Cobertura assegurada pelo Rol da ANS, DUT 129 - PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A E B (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) (Incluído pela RN nº 457, de 28 de maio de 2020): “Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).”

Para as demais indicações, mediante relatório médico.

**139) 40404161 – PCR em tempo real para vírus respiratório sincicial**

Cobertura assegurada pelo Rol da ANS, DUT 131 - PCR EM TEMPO REAL PARA VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) (Incluído pela RN nº 457, de 28 de maio de 2020): “Cobertura obrigatória para avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).”

Para as demais indicações, mediante relatório médico.

**140) 40601064 – Microscopia eletrônica**

Cobertura assegurada para casos de comprovada ineficácia da microscopia convencional, mediante relatório médico justificativo. Não poderá ser autorizado para pesquisa médica ou procedimentos não regulamentados pelo CFM.

**141) 40805085 – RX - Abreugrafia 100 mm**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**142) 40805093 – RX - Abreugrafia 35 ou 70 mm**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**~~143) 40809013 – Ductografia (por mama)~~**

DUC Revogada. Procedimento obsoleto, sem TUSS e sem CBHPM. Substituído por outros exames de imagem, como 4.11.01.480 – RM - Mama (bilateral) e 4.09.01.114 – US - Mamas.

**144) 40814122 – Trituração de calcificação tendínea orientada por RX ou US**

Cobertura assegurada mediante comprovação da calcificação por laudos de imagem acompanhados por relatório médico.

**145) 41001087 – TC - Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano**

Cobertura assegurada na suspeita de doença aterosclerótica de coronárias, mediante relatório médico contendo exames anteriores.

**146) 41001192 – TC - Escanometria digital**

Cobertura assegurada na impossibilidade de realização da escanometria convencional, mediante relatório médico.

**147) 41001206 – TC - Reconstrução tridimensional de qualquer órgão ou estrutura - acrescentar ao exame de base**

Cobertura assegurada na necessidade de avaliação de um órgão específico por reconstrução 3D, mediante relatório médico.

**148) 41001214 – Endoscopia virtual de qualquer órgão ou estrutura por TC - acrescentar ao exame de base**

Cobertura assegurada na impossibilidade de realizar a endoscopia convencional, mediante relatório médico.

**149) 41001486 – Angiotomografia venosa de membro inferior**

Cobertura assegurada na dificuldade de diagnóstico por ecodoppler, mediante relatório médico.

**150) 41101049 – Estudo funcional (mapeamento cortical por RM)**

Cobertura assegurada na dificuldade de planejamento cirúrgico de reconstruções do sistema nervoso central, mediante relatório médico.

**151) 41101375 – Endoscopia virtual por RM - acrescentar ao exame de base**

Cobertura assegurada no impedimento de realizar a endoscopia convencional e a Endoscopia Virtual por TC, mediante relatório médico.

**152) 41101383 – RM - Reconstrução tridimensional - acrescentar ao exame de base**

Cobertura assegurada na necessidade de visualização do órgão em questão e a impossibilidade da reconstrução por TC, mediante relatório médico.

**153) 41101634 – RM - Endorretal**

Cobertura assegurada para distinção entre tumores confinados à próstata e aqueles com extensão extraprostática, mediante relatório médico.

**154) 41101642 – RM - Endovaginal**

Cobertura assegurada para estudo pormenorizado da endometriose, útero ou ureteres, mediante relatório médico.

**155) 41203160 – Radioterapia Intra-operatória (IORT) - por tratamento**

Cobertura assegurada em casos de neoplasia mamária com necessidade de radioterapia intraoperatória, mediante relatório médico.

**156) 41203178 – Radioterapia Rotatória com acelerador linear com fótons e elétrons - por volume tratado e por dia**

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos casos inoperáveis.

**157) 41203186 – Radioterapia Rotatória com acelerador linear só com fótons - por volume tratado e por dia**

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos casos inoperáveis.

**158) 41203194 – Radioterapia Rotatória com unidade de cobalto - por volume tratado e por dia**

Cobertura assegurada na necessidade da irradiação suficiente de tumor com irradiação moderada nos planos cutâneos, mediante relatório médico. Nos casos de câncer de esôfago, deve ser empregado apenas nos cânceres inoperáveis.

**159) 41301404 – Avaliação da função muscular por movimento manual (por membro)**

Cobertura assegurada na necessidade da prova muscular isolada como mais importante do que a dos grupos musculares para diagnóstico das afecções neuromusculares, mediante relatório médico. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**160) 41301412 – Calorimetria direta**

Cobertura assegurada na necessidade da avaliação na aptidão cardiovascular nos casos em que for necessário quantificar a carga máxima para cada exercício de resistência, mediante relatório médico.

**161) 41301455 – Olfatometria**

Cobertura assegurada nas alterações sensitivas do olfato, mediante relatório médico.

**162) 41401050 – Prova de Lombard**

Cobertura assegurada nas alterações de reflexos motores e/ou sensitivos, mediante relatório médico.

**163) 41401093 – Teste de adaptação patológica (tone decay test)**

Cobertura assegurada na necessidade de adaptação auditiva, mediante relatório médico.

**164) 41401115 – Teste de caminhada de 6 minutos**

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da tolerância ao exercício e da saturação de oxigênio durante um exercício submáximo ou caracterizar o grau de comprometimento em pacientes com doenças pulmonares, especialmente DPOC. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**165) 41401123 – Teste de desempenho anaeróbico em laboratório (T. de Wingate)**

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da capacidade e a potência anaeróbicas e investigar as mudanças nas concentrações musculares de ATP, CP, glicogênio e lactato. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**166) 41401140 – Teste de exercício dos 4 segundos**

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação da disfunção autonômica, frequentemente às custas da diminuição da atividade parassimpática em doenças cardiovasculares. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**167) 41401158 – Teste de exercício em ergômetro com determinação do lactato sanguíneo**

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de diagnóstico diferencial de miopatias e isquemias e da investigação de pacientes com câimbras, mioglobínúria e episódios de CK total elevado. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**168) 41401280 – Teste de SISI**

Cobertura assegurada na determinação de lesão coclear, mediante relatório médico.

**169) 41401417 – Testes de aptidão em laboratório (agilidade, equilíbrio, tempo de reação e coordenação)**

Cobertura assegurada mediante relatório médico comprovando a necessidade de determinação de variáveis clínicas, eletrocardiográficas, hemodinâmicas e respiratórias que refletem os ajustes cardiovasculares e respiratórios desencadeados pelo exercício, quando for fundamental para permitir estabelecer prognóstico, avaliar terapêutica e orientar a indicação correta de transplantes cardíacos. Não há cobertura para indicações relacionadas a desempenho de atletas.

**170) 41401549 – Teste de monitorização contínua da glicose (TMCG)**

Cobertura assegurada na necessidade de ajustes terapêuticos na diabetes, mediante relatório médico.

**171) 41401573 – Estudo cito-alergológico (ECA)**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**172) 41401590 – Teste de imagens**

Cobertura assegurada para casos de transtorno de personalidade, mediante pedido médico.

**173) 41401603 – Teste de Teller – binocular**

Cobertura assegurada para definição da visão binocular em crianças, mediante pedido médico.

**174) 41401611 – Teste de Wepmann**

Cobertura assegurada para casos de avaliação da discriminação auditiva dos fonemas parecidos, dificuldade nos movimentos articulatórios e da não discriminação auditiva, mediante pedido médico.

**175) 41401620 – Teste sensibilidade ao sal**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**176) 41401638 – Teste suplementar de sensibilidade**

Cobertura assegurada para detecção de genes de mutações, principalmente para TB multidroga resistente/MDR, mediante pedido médico.

**177) 41401662 – Teste de estimulação músculo-esquelética “in vitro” (mínimo seis)**

Cobertura assegurada para casos de patologias que ocasionam dor crônica musculoesquelética, mediante pedido médico.

**178) 41501110 – Medida de índice de artelhos com registro gráfico**

Cobertura assegurada para casos de Artroses, Artrite reumatoide e alterações ósseas de origem genética, mediante relatório médico.

**179) 41501136 – Termometria cutânea (por lateralidade: pescoço, membros, bolsa escrotal, por território peniano)**

Cobertura assegurada mediante relatório médico para auxílio diagnóstico de dores crônicas, especialmente as de difícil identificação, ou nos casos em que os tratamentos já realizados não ofereceram resultados satisfatórios. Não confundir com 41301412 – Calorimetria Direta e 41301064 – Calorimetria indireta (ambulatorial) exame.

**180) 41501179 – Fotopletismografia (venosa ou arterial) por lateralidade ou segmento**

Cobertura assegurada na necessidade de avaliação de insuficiência venosa, varizes e dores nas pernas quando o Doppler não for suficiente ou não fizer o diagnóstico, mediante relatório médico.

**181) 41501187 – Medida de pressão segmentar (nos quatro segmentos)**

Cobertura assegurada na detecção de fatores de risco para eventos cardiovasculares, Aterosclerose, Vasculite infecciosa, Anomalias congênitas, Hipertensão e Hiperlipoproteinemia, mediante relatório médico comprovando a necessidade.

**182) 41501217 – Injeção intracavernosa**

Cobertura assegurada na disfunção erétil secundária a neuropatia diabética quando a medicação oral não for efetiva, mediante relatório médico. Cobertura apenas nas seguintes causas:

- a) Disfunções arteriogênicas;
- b) Neurogênicas;
- c) Impotência psicogênica refratária a outros tratamentos;
- d) Impotência provenientes de algumas drogas;
- e) Impotência mista.

Contraindicações absolutas para autorização:

- a) Alterações de coagulação;
- b) Distúrbios psiquiátricos severos;
- c) Priapismos de repetição;
- d) Doenças cardiovasculares.

**183) 41501241 – Perfil de pressão uretral**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**184) 41501250 – Pressão intra abdominal urológica**

Cobertura assegurada mediante pedido médico.

**185) 50000241 – Consulta domiciliar em fisioterapia**

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Pós-operatório de cirurgia neurológica;
- b) Imobilização gessada bilateral dos membros inferiores;
- c) Fratura do quadril em tratamento conservador;
- d) Pós-operatório de artroplastia do quadril;
- e) Cirurgias ortopédicas de grande porte;
- f) Tetraplegia;
- g) Beneficiários restritos ao leito com fratura vertebral, DPOC severa ou sequela de AVC.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**186) 50000250 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.**

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Pós-operatório de cirurgia neurológica;
- b) Tetraplegia;
- c) Beneficiários restritos ao leito com fratura vertebral ou sequela de AVC.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**187) 50000268 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético**

Cobertura assegurada nos casos de total incapacidade de locomoção, mediante relatório médico comprobatório, exclusivamente para as situações abaixo:

- a) Imobilização gessada bilateral dos membros inferiores;
- b) Fratura do quadril em tratamento conservador;
- c) Pós-operatório de artroplastia do quadril;
- d) Cirurgias ortopédicas de grande porte;
- e) Beneficiários restritos ao leito com fratura vertebral.

OBS: A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**188) 50000276 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito com DPOC severa, mediante relatório médico comprobatório.

A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**189) 50000284 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito com seqüela de AVC, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**190) 50000292 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a queimaduras, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**191) 50000306 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a patologias vasculares, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**192) 50000314 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condição cirúrgica ou a processo de recuperação de tecidos, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**193) 50000322 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar por alterações endócrino-metabólicas**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condições endocrinometabólicas, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.

**194) 50000330 – Sessão para assistência fisioterapêutica domiciliar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho gênito-urinário e reprodutor**

Cobertura assegurada para beneficiários restritos ao leito devido a condições patológicas relacionadas ao aparelho genitourinário, mediante relatório médico comprobatório. A codificação deverá ser contabilizada nos limites de utilização do beneficiário.



### **195) 50000837 – Fisioterapia aquática individual (Hidroterapia)**

Cobertura assegurada mediante pedido médico para as seguintes indicações:

- a) Hérnia de disco;
- b) Osteoartrose;
- c) Síndrome do impacto;
- d) Neurites periféricas e neurites;
- e) Condromalácia;
- f) Lesões de ligamentos e meniscos dos joelhos;
- g) Capsulite e tenossinovites;
- h) Radiculopatias;
- i) Distúrbios musculares (roturas e estiramentos);
- j) Doenças neurológicas

Serão autorizadas no máximo 24 (vinte e quatro) sessões no período de 12 (doze) meses, começando a contar os números de sessões realizadas a partir da data da primeira sessão.

### **196) 50000446 – Reeducação Postural Global - RPG**

**RPG:** Cobertura assegurada mediante pedido médico quando ocorrer falha no tratamento convencional, apenas para as seguintes condições:

- a) Má postura;
- b) Cervicalgia;
- c) Cervicobraquialgia;
- d) Dorsalgia;
- e) Lombalgia postural;
- f) Lombociatalgia;
- g) Cifose;
- h) Hiperlordose lombar;
- i) Escoliose;
- j) Geno valgo e geno varo;
- k) Discrepância de comprimento de membros;
- l) Hérnia discal de grau leve;
- m) Tenossinovite;
- n) Fibromialgia;
- o) Bexiga neurogênica;
- p) Deformidades congênitas;
- q) Empregado em readaptação funcional

O plano de tratamento terá o limite de 24 sessões em um período de 12 meses, contados a partir da primeira sessão, sendo no máximo 1 sessão por semana.

### **197) 69801018 – Diária De Internação Domiciliar - Alta Complexidade**

Cobertura assegurada para pacientes internados em regime hospitalar com quadro clínico estável, mediante pedido médico contendo o quadro clínico, justificativa para a desospitalização e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 24 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

\*Como definido acima, o serviço somente é assegurado para beneficiários hospitalizados.

### **198) 69801019 – Diária de Internação Domiciliar - Média Complexidade I**

Cobertura assegurada para pacientes internados em regime hospitalar com quadro clínico estável, mediante pedido médico contendo o quadro clínico, justificativa para a desospitalização e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 12 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

\*Como definido acima, a admissão ao serviço somente é assegurada a beneficiários hospitalizados.

### **199) 69801020 – Diária de Internação Domiciliar - Média Complexidade II**

Cobertura assegurada para pacientes já internados em regime domiciliar com quadro clínico estável, mediante pedido médico contendo o quadro clínico e as seguintes informações:

- a) Pontuação referente a 06 horas de enfermagem, conforme a Tabela de Avaliação utilizada pela operadora;
- b) Condições ambientais satisfatórias, conforme Tabela de Avaliação Socioambiental;
- c) Além dessas pontuações favoráveis, será analisada a elegibilidade da Internação Domiciliar de acordo com as normas e tabelas previstas no Regulamento da Operadora;

\*Como definido acima, o serviço somente é assegurado para beneficiários já em regime domiciliar.

## **200) 69802004 – Oxigenoterapia Domiciliar**

Cobertura assegurada nos seguintes casos, mediante relatório médico:

- a) Fibrose cística com manifestações pulmonares;
- b) Apneia do sono;
- c) Embolia pulmonar;
- d) Hipertensão pulmonar, primária ou secundária;
- e) DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica);
- f) Bronquiectasia;
- g) Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses);
- h) Doenças intersticiais pulmonares;
- i) Insuficiência respiratória crônica;
- j) Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.