

Anexo II

1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO
2. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE
3. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU US (MAMOTOMIA)
4. CIRURGIA REFRACTIVA (PRK OU LASIK)
5. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR
6. CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO
7. CONSULTAS COM NUTRICIONISTA
8. CORDOTOMIA – MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA
9. DÍMERO-D
10. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO
11. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA
12. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE
13. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO
14. HEPATITE C – GENOTIPAGEM
15. HIV, GENOTIPAGEM
16. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS
17. IMPLANTE COCLEAR **UNILATERAL**
18. IMPLANTE DE ELETRODOS OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA
19. IMPLANTE DE ELETRODO OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR
20. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS
21. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA
22. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)
23. MAMOGRAFIA DIGITAL
24. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
25. PET-SCAN ONCOLÓGICO
26. SUCCINIL ACETONA
27. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)
28. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

29. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA
30. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA
31. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)
32. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)
33. IMPLANTE DE CÁRDIO-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
34. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
35. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA
36. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO
37. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)
38. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO
39. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA (AJUSTÁVEL OU NÃO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
40. DERMOLIPECTOMIA
41. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
42. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL
43. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
44. APLICAÇÃO DE SELANTE
45. BIÓPSIA DE BOCA
46. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
47. BIÓPSIA DE LÁBIO
48. BIÓPSIA DE LÍNGUA
49. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA
50. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
51. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO
52. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA
53. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO

54. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RMF

55. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA

~~56. PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)~~

~~57.56.~~ REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

~~58.57.~~ REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

~~59.58.~~ REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

~~60.59.~~ REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

~~61.60.~~ REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM

~~62.61.~~ SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL

~~63.62.~~ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS

~~64.63.~~ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

~~65.64.~~ TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

~~66.65.~~ CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

~~67.66.~~ CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

~~68.67.~~ SESSÃO DE PSICOTERAPIA

~~69.68.~~ ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

69. ANEL INTRAESTROMAL (ANEL DE FERRARA)

70. INJEÇÃO INTRAVÍTREA DE SUBSTÂNCIAS ANTIANGIOGÊNICAS

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO

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

- a. crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingesta, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções);
- b. crianças de qualquer idade com síndrome de Reye ou "Reye-like" (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática);
- c. pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico;
- d. pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

2. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE

1. Cobertura obrigatória para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. quando o resultado do IgM for maior que 2;
- b. quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após intervalo de 3 a 4 semanas.

3. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU US (MAMOTOMIA)

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. estudo histopatológico de lesões não palpáveis;
 - b. nódulos mamários menores que 2 cm;
 - c. nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS.

4. CIRURGIA REFRACTIVA (PRK OU LASIK)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
 - b. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

5. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico);
 - b. pacientes com infecções congênitas.

6. CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e. pacientes com disfagia (CID R13);
- f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

7. CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura obrigatória, de até 12 de consultas/sessões, quando preenchidos ~~todos os~~ pelo menos um dos seguintes critérios:

- ~~a. ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);~~
- ~~b. ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista)~~
- ~~c. ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses~~
- ~~d. ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.~~

- a. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura).
- b. Jovens entre 10 e 20 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura).
- c. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC <22 Kg/ m)
- d. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica.

2. Cobertura obrigatória, em número ilimitado de sessões, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnostico.

23. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

8. CORDOTOMIA – MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA

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

- a. dor de origem neoplásica;
- b. espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque).

9 . DÍMERO-D

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

- a. avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores;
- b. avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

10. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO

1. Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

11. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA

1. Cobertura obrigatória para tratamento de mioma, exceto quando um ou mais dos seguintes critérios for preenchido:

- a. neoplasia ou hiperplasia endometriais;
- b. adenomiose;
- c. presença de malignidade;
- d. gravidez/amamentação;
- e. doença inflamatória pélvica aguda;
- f. vasculite ativa;
- g. história de irradiação pélvica;
- h. coagulopatias incontroláveis;
- i. insuficiência renal;
- j. desejo de gravidez futura, quando não existir contra-indicação à miomectomia;
- k. uso concomitante de análogos de GnRH.

12. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE

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

- a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada);
- b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

13. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO

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

- a. para a caracterização da fase replicativa da infecção pelo HBV, quando o HBeAg for negativo, nos pacientes cirróticos ou com coagulopatias em avaliação para início de tratamento para a hepatite B;
- b. na avaliação inicial pré-tratamento para a hepatite B de qualquer paciente portador de hepatite B, quando este apresentar HBsAg positivo, ALT elevada e HBeAg negativo;
- c. na monitorização após o tratamento medicamentoso de pacientes com prováveis cepas mutantes pre-core, a cada seis meses no 1º ano de acompanhamento e, após este período, uma vez por ano.

14. HEPATITE C – GENOTIPAGEM

1. Cobertura obrigatória na avaliação para início de tratamento da hepatite C, na presença de atividade necro-inflamatória e fibrose moderada a intensa evidenciada em biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos*, quando preenchidos pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. paciente com hepatite viral aguda C;
- b. pacientes com hepatite viral crônica C com idade entre 12 e 70 anos, contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ e contagem de neutrófilos superior a 1.500/mm³).

Grupo II

- a. tratamento prévio com interferon peguilado associado ou não à ribavirina;
- b. consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
- c. hepatopatia descompensada;

- d. cardiopatia grave;
- e. doença da tireóide descompensada;
- f. neoplasias;
- g. diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle ou descompensada
- h. convulsões não controladas;
- i. imunodeficiências primárias;
- j. controle contraceptivo inadequado;
- k. gravidez (beta-HCG positivo).

* Exceto nos casos de pacientes com hepatite viral aguda C com diagnóstico bem estabelecido, hemofilia ou cirrose compensada com varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, por ser a biópsia hepática contra-indicada nestas situações.

15. HIV, GENOTIPAGEM

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

- a. pacientes em uso regular de TARV (terapia anti-retroviral) há pelo menos 6 meses e com carga viral (CV) detectável acima de 5.000 cópias/ml;
- b. gestantes em uso regular de TARV há pelo menos 3 meses e com CV acima de 5.000 cópias/ml;
- c. pacientes candidatos ao uso de enfuvirtida (T20), conforme Nota Técnica nº 50/2005 GAB/PN DST-AIDS/SVS/MS.

Contra-indicações:

- a. genotipagem anterior indicando multi-resistência (presença de "R" a todas as drogas segundo algoritmo da Rede Nacional de Genotipagem-RENAGENO), e/ou
- b. pacientes com carga viral inferior a 5.000 cópias/ml, e/ou
- c. não adesão ao tratamento.

16. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS

1. Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

17. IMPLANTE COCLEAR ~~UNILATERAL~~

Cobertura obrigatória, unilateral ou bilateral, conforme indicação do médico assistente, nos seguintes casos:

1. Em crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral;
- b) experiência com uso de próteses auditivas por um período mínimo de 3 meses na perda auditiva severa (exceto no caso de meningite - risco de ossificação da cóclea o que pode impedir a inserção do feixe de eletrodos, devendo essas crianças serem implantadas o mais precocemente possível);
- c) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

2. Em crianças a partir de 7 anos até 11 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral;
- b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas ;
- c) presença de código linguístico estabelecido;
- d) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

3. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pós-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral;
- b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

c) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

4. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pré-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral;

b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

c) presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;

d) motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

~~1. Em maiores de 18 anos, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos todos os seguintes critérios:~~

~~a. surdez neuro sensorial severa ou profunda bilateral com código linguístico estabelecido (casos de surdez pós-lingual ou de surdez pré-lingual, adequadamente reabilitados);~~

~~b. ausência de benefício com prótese auditiva (menos de 30% de discriminação vocal em teste com sentenças);~~

~~c. avaliação psicológica para motivação do uso e da reabilitação fonoaudiológica;~~

~~d. ausência de agenesia coclear ou do nervo coclear.~~

~~2. Em menores de 18 anos, com surdez pós-lingual, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos todos os seguintes critérios:~~

~~a. experiência com prótese auditiva, durante pelo menos três meses;~~

~~b. incapacidade de reconhecimento de palavras em conjunto fechado;~~

~~c. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante coclear e da reabilitação fonoaudiológica da criança/adolescente;~~

~~d. ausência de agenesia coclear ou do nervo coclear.~~

~~3. Em crianças a partir de 06 meses até seis anos, com surdez pré-lingual na deficiência auditiva neurossensorial profunda, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos todos os seguintes critérios~~

~~a. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante coclear e da reabilitação fonoaudiológica da criança;~~

~~b. ausência de agenesia coclear ou do nervo coclear.~~

~~4. Em crianças a partir de 1 ano até seis anos, com surdez pré-lingual na deficiência auditiva neurossensorial severa, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos o seguinte critério:~~

~~a. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante cóclea e da reabilitação fonoaudiológica da criança;~~

~~b. ausência de agenesia coclear ou do nervo coclear.~~

18. IMPLANTE DE ELETRODOS OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

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

a. pacientes com ~~tremor essencial ou~~ doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, sem outra doença neurológica ou psiquiátrica associada, que apresentem função motora preservada ou residual no segmento superior;

b. pacientes maiores de oito anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.

19. IMPLANTE DE ELETRODOS OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

~~1.~~ Cobertura obrigatória quando todos os seguintes critérios forem preenchidos:

~~para~~ a. pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de seis meses;

~~b. quando falha dos~~ métodos conservadores de controle da dor; ~~tenham falhado, não haja abuso de drogas ou outros transtornos psiquiátricos associados, e~~

~~c. exista comprovação de~~ redução significativa da dor com estimulação elétrica medular não invasiva, ~~atestada pelo médico assistente.~~

Contra-indicação:

a. abuso de drogas ou outros transtornos psiquiátricos associados.

20. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a. dor nociceptiva rebelde aos tratamentos farmacológico (com analgésicos comuns e AINES - antiinflamatórios não esteroidais com ou sem medicamentos adjuvantes), fisiátrico e psiquiátrico;

b. melhora com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, acompanhada de recidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizaram a administração sistêmica do medicamento);

c. melhora comprovada com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos duas semanas.

21. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA

1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando

necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

22. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)

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

- a. espasticidade em pacientes paraplégicos;
- b. espasticidade em pacientes hemiplégicos;
- c. espasticidade assimétrica em crianças;
- d. dor neuropática - lesão periférica (deafferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional).

23. MAMOGRAFIA DIGITAL

1. Cobertura obrigatória em mulheres com idade inferior a 50 anos, com mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusicas.

24. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

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

- a. pacientes com doença descompressiva;
- b. pacientes com embolia traumática pelo ar;
- c. pacientes com embolia gasosa;
- d. pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- e. pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- f. pacientes com gangrena gasosa;
- g. pacientes com síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III ou IV;

- h. pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV;
- i. pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV;
- j. pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas.

**ESCALA “USP” DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM
OHB ***

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	>50 anos
Tabagismo		Leve / moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão Art. Sist.		Sim	
Queimadura		< 30% da superfície corporal	> 30% da superfície corporal
Osteomielite		Sim	c/ exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Insuf. Arterial Aguda		Sim	
Insuf. Arterial Crônica			Sim
Lesão Aguda		Sim	
Lesão Crônica			Sim
FQAlteração Linfática		Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Períneo / Mama / Face			Sim

CLASSIFICAÇÃO EM 4 GRUPOS (I a IV) PELA SOMATÓRIA DOS PONTOS:
 G I < 10 pontos G II 11 a 20 pontos G III 21 a 30 pontos G IV > 31 pontos

(*) The “UNIVERSITY OF SÃO PAULO (USP) SEVERITY SCORE” for hyperbaric oxygen patients. M. D’Agostino Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H.Esteves, L..M/.Menegazzo, M.R.Sousa, L.A Bodon . Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35 – 1997

25. PET-SCAN ONCOLÓGICO

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. para caracterização das lesões;
- b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
- c. na detecção de recorrências.

2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. no estadiamento primário;
- b. na avaliação da resposta terapêutica;
- c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

3. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer colo-retal com metástase hepática potencialmente ressecável.

3Obs. Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizar o mesmo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

26. SUCCINIL ACETONA

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

- a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada);
- b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

27. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)

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

- a. ausência de doença cardíaca conhecida, para avaliação do componente neurovascular como causa de episódios recorrentes de síncope;
- b. existência de doença cardíaca, depois que tenham sido excluídas as causas cardiogênicas;

28. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

1. Cobertura obrigatória para receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;
- b. linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;
- c. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d. mieloma múltiplo;
- e. tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e
- f. neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

29. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA

1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o **receptor e o doador são consangüíneos** podem ser realizados com ou sem mieloablação, e serão de cobertura obrigatória desde que preenchidos os seguintes critérios:

1.1. Com mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 65 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;
- c) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- g) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- h) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- i) imunodeficiência celular primária;
- j) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; ou
- k) mielofibrose primária em fase evolutiva.

1.2. Sem mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 70 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (co-morbidade);
- b) leucemia linfóide crônica;
- c) mieloma múltiplo;
- d) linfoma não Hodgkin indolente; ou

e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2. Os TCTH de medula óssea em que o **receptor e o doador não são consangüíneos** são de cobertura obrigatória quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 anos e apresentar uma das seguintes patologias:

- a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- f) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- g) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- h) imunodeficiência celular primária;
- i) osteopetrose, ou
- j) mielofibrose primária em fase evolutiva.

30. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA

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

- a. pacientes portadores de epilepsia com comprovada refratariedade ao tratamento medicamentoso, estabelecida pela comprovação da persistência das crises ou de efeitos colaterais intoleráveis após o uso de, no mínimo, três antiepilépticos em dose máxima tolerada por no mínimo dois anos de epilepsia;
- b. pacientes portadores de epilepsias catastróficas da infância, quando comprovada a deterioração do desenvolvimento psicomotor, independente da duração da epilepsia.

31. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)

BASEADA NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. mulheres 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. toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- 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.

32. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996

1. A esterilização masculina representada pelo 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.
2. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - 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;
3. É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:
- 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.

33. IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. recuperados de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ou fibrilação ventricular de causa não reversível, com fração de ejeção de menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural;
 - b. taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com FE menor ou igual a 35%;
 - c. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, clinicamente relevante, com fração de ejeção menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural.

2. Não é de cobertura obrigatória o implante do cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC).

34. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. pacientes com fração de ejeção menor ou igual a 35%, em ritmo sinusal, com bloqueio completo de ramo esquerdo; e
- b. pacientes ambulatoriais com classe funcional III ou IV, apesar de terapia médica recomendada ótima (incluindo betabloqueadores, sempre que possível); e
- c. pacientes em acompanhamento em ambulatório de referência por pelo menos 3 (três) meses, com dissincronia cardíaca, evidenciada por QRS de duração superior a 0,12 segundos e comprovada ao ecocardiograma.

2. Não é de cobertura obrigatória o implante do marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC) em associação ao cardiodesfibrilador implantável – (CDI).

35. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA

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

- a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes Clínicas publicadas pela DIPRO/ANS em Instrução Normativa específica, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;
- b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes Clínicas, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos de doença atual ou história familiar, as demais

possibilidades diagnósticas tiverem sido esgotadas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

36. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO

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

- a. pacientes com trombose venosa recorrente;
- b. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
- c. pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
- d. pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM;
- e. pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f. familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

37. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES E MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)

1. Cobertura obrigatória quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos de doença atual ou história familiar, as demais possibilidades diagnósticas tiverem sido esgotadas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

38. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO

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

- a. pacientes com trombose venosa recorrente;

- b. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
- c. pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
- d. pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM;
- e. pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
- f. familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

39. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA (AJUSTÁVEL OU NÃO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

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:

Grupo I

- a. IMC entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b. IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidade.

Grupo II

- a. pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;
- b. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- c. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d. hábito excessivo de comer doces.

~~OBS: Técnicas cirúrgicas contempladas — CIRURGIA RESTRITIVA, GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA, CIRURGIA DE MASON, GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA e GASTROPLASTIA VERTICAL SEM DERIVAÇÃO.~~

~~O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.~~

40. DERMOLIPECTOMIA

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.

41. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

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:

Grupo I

- a. IMC entre 35 e 39,9 Kg/ m², com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras)
- b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades

Grupo II

- a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

- b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

~~OBS: Técnicas cirúrgicas contempladas — CIRURGIA MISTA; CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO; GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL; DESVIO GÁSTRICO COM Y DE ROUX; GASTROPLASTIA COM DESVIO INTESTINAL COM Y DE ROUX, COM OU SEM ANEL DE ESTREITAMENTO OU CONTENÇÃO NA SAÍDA DO ESTÔMAGO REDUZIDO; CIRURGIA DE FOBI, FOBI-CAPELLA ou CAPELLA; BYPASS GÁSTRICO; CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE — DESABSORTIVO; — CIRURGIA — PREDOMINANTEMENTE DESABSORTIVA; — DERIVAÇÃO BILIO-PANCREÁTICA, — COM GASTRECTOMIA DISTAL OU COM GASTRECTOMIA VERTICAL, PRESERVAÇÃO PILÓRICA E DESVIO DUODENAL; CIRURGIA DE SCOPINARO; DUODENAL SWITCH.
O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.~~

42. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

1. Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

43. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO

1. Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

44. APLICAÇÃO DE SELANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:
 - a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
 - b. procedimento preventivo em fósulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

45. BIÓPSIA DE BOCA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

46. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

47. BIÓPSIA DE LÁBIO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

48. BIÓPSIA DE LÍNGUA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

49. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

50. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

51. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

52. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

53. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

54. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RMF

1. Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

55. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

~~**56. PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)**~~

~~1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica como auxílio diagnóstico; pré e/ou pós procedimento cirúrgico odontológico.~~

567. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

5857. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

5958. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

6059. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

6160. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

6261. SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

6362. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

6463. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

6564. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
- b. tratamento temporário em dentes permanentes.

6665. CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos **globais** do desenvolvimento **psicológico** (F84).
- c. ~~pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos~~ **Transtornos da alimentação** (F 50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33);

6766. CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (F 82, F 83);

- d. pacientes com disfunções de origem neurológica;
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica.

6867. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos **do comportamento e emocionais** da infância e adolescência (CID F 90 a F **9899**);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89).
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).
- g. **Pacientes com diagnóstico de transtornos de personalidade (F63, F64 e F65)**

6968. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSQUIÁTRICO

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

- a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

69. ANEL INTRAESTROMAL (ANEL DE FERRARA)

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de ceratocone em um dos seguintes estágios, nos quais todas as modalidades de tratamento clínico tenham sido tentadas:

- III - Ceratocone moderado (afilamento estromal importante, deformação da superfície da córnea, córnea transparente, acuidade visual só corrigida com lentes de contato rígidas, muitas vezes de difícil adaptação; em alguns casos, indica-se o transplante de córnea);
- IV - Ceratocone severo (afilamento severo do estroma, cicatrizes na córnea, acuidade visual não corrigida mesmo com lentes de contato rígidas, indicação de transplante de córnea).

2. O procedimento não terá cobertura obrigatória quando pelo menos uma das condições abaixo estiver presente:

- a. Ceratocone avançado com ceratometria maior que 75,0 dioptrias;
- b. Ceratocone com opacidade severa da córnea;
- c. Hidropsia da córnea;
- d. Associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
- e. Síndrome de erosão recorrente da córnea.

70. INJEÇÃO INTRAVÍTREA DE SUBSTÂNCIAS ANTIANGIOGÊNICAS

1. Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem a forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada à idade - DMRI.