

INSTRUÇÕES GERAIS_VERSÃO 2026.03

LISTA REFERENCIAL DOS HONORÁRIOS PARA O INTERCÂMBIO NACIONAL

INTRODUÇÃO

A Lista Referencial dos Honorários institui o balizamento da remuneração das consultas médicas, assistência clínica e procedimentos cirúrgicos/intervencionistas para os atendimentos médicos assistenciais no Intercâmbio Nacional Unimed.

A responsabilidade de conduzir os trabalhos e coordenar os estudos para a confecção da Lista Referencial de Honorários é da Diretoria de Regulação e Informação da Unimed do Brasil, que é assessorada pelo Comitê de Valorização dos Honorários.

Desde 2008, as consultas médicas, atividades clínicas, diagnósticas, serviços auxiliares e terapias já são valorados por estudos que passam pelo crivo do Comitê de Valorização dos Honorários que leva ao Conselho Confederativo da Unimed do Brasil as propostas de implantação no Intercâmbio Nacional. A partir de 2020, por decisão do Conselho Confederativo, o Comitê de Valorização dos Honorários foi autorizado a reestruturar a lista de referência nacional com a missão de harmonizar a escala de valorização dos honorários médicos em função dos desequilíbrios que a atual lista mostrou, provocando pouca equidade na forma de precificar as atividades das diversas especialidades médicas e áreas de atuação da medicina.

INSTRUÇÕES GERAIS

VALORIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS NO INTERCÂMBIO NACIONAL

- I. Os procedimentos foram classificados por quantitativos de Unidades de Trabalho Médico (UTM), estabelecendo-se um referencial proporcional entre eles em uma escala de relativização de cada procedimento em relação aos outros.
- II. Para estabelecer o valor de cada procedimento, efetua-se a multiplicação do valor atribuído à UTM com a quantidade estabelecida de UTMs para cada procedimento.
- III. O valor atribuído à Unidade de Trabalho Médico (UTM) constituirá a referência como índice a ser utilizado para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi privativos).
- IV. Os procedimentos que constam na planilha de HM_Lista Referencial serão pagos conforme os valores já descritos na coluna E “Valor do Procedimento a ser pago no Intercâmbio Nacional”.
- V. A coluna F “Número de Auxiliares” consta a quantidade de auxiliares previstos para o procedimento.
- VI. A coluna G “Indicador Anestésico” consta o indicador que substitui o porte anestésico e que deve ser utilizado para identificação da taxa de sala cirúrgica correspondente ao procedimento.



- VII. A coluna H “Valor do Honorário do Anestesiologista” refere-se ao valor máximo a ser pago os atos médicos praticados pelo anestesiológico no Intercâmbio Nacional.
- VIII. A coluna I “Valor Taxa de Vídeo/Equipamento” refere-se ao valor máximo da taxa de vídeo/equipamento a ser pago no intercâmbio nacional, seguindo as regras definidas pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos.
- IX. As colunas de J à Q constam os dados do Rol Unimed anteriores a implantação da Lista Referencial de Honorários Médicos.
- X. A coluna R “Classificação” refere-se à classificação dos procedimentos entre “baixo risco” e “racionalização”.
- XI. A coluna S “Quantidade” refere-se ao limite máximo de solicitações permitidas para cada procedimento dentro da mesma transação.
- XII. A coluna T “Documento de Racionalização” refere-se aos documentos necessários a serem enviados para autorização dos procedimentos classificados como “racionalização”.
- XIII. Nas colunas U, V e W apresentam os prazos definidos pela ANS para a conclusão da análise de autorização dos procedimentos.
- XIV. Para os planos de acomodações superiores contratados pelos beneficiários, fica prevista a valoração dos honorários médicos pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em hospital-dia ou UTI. Exclusivamente para os códigos TUSS que iniciam com 1, 2 e 4 serão remunerados pelo dobro os procedimentos listados abaixo.

Iniciam com a numeração da TUSS “1” e “2”:

10102019	Visita hospitalar (paciente internado)
10103015	Atendimento ao recém-nascido em berçário
10103023	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)
10103031	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)
20104243	Terapia oncológica com altas doses - planejamento e 1º dia de tratamento
20104251	Terapia oncológica com altas doses - por dia subsequente de tratamento
20104260	Terapia oncológica com aplicação de medicamentos por via intracavitária ou intratecal - por procedimento
20104278	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - planejamento e 1º dia de tratamento
20104286	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - por dia subsequente de tratamento
20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento



20104308	Terapia oncológica - por dia subsequente de tratamento (até o início do próximo ciclo)
20204086	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial de medicamentos, em regime de aplicação peroperatória, por meio de cronoinfusor ou perfusor extra-corpórea

Iniciam com a numeração da TUSS “4”:

40202011	Aritenoidectomia microcirúrgica endoscópica
40202046	Biópsias por laparoscopia
40202062	Cecostomia
40202208	Diverticulotomia - aparelho digestivo
40202216	Drenagem cavitária por laparoscopia
40202283	Gastrostomia endoscópica
40202356	Jejunostomia endoscópica
40202364	Laringoscopia com microscopia para exérese de pólipo/nódulo/papiloma
40202372	Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível)
40202399	Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipo/nódulo/papiloma
40202410	Laringoscopia/traqueoscopia com retirada de corpo estranho (tubo rígido)
40813029	Ablacao percutanea de tumor hepatico (qualquer metodo) - metodo intervencionista / terapeutico por imagem
40813037	Ablacao percutanea de tumor osseo (qualquer metodo) (Osteotoma Osteóide)
40813061	Angioplastia de ramo intracraniano
40813070	Angioplastia de tronco supra-aórtico
40813088	Angioplastia de aorta para tratamento de coarctação
40813100	Angioplastia de artéria visceral - por vaso
40813118	Angioplastia arterial ou venosa de anastomose vascular de fígado transplantado
40813126	Angioplastia renal para tratamento de hipertensão renovascular ou outra condição
40813134	Angioplastia arterial ou venosa de anastomose vascular de rim transplantado



40813142	Angioplastia de ramos hipogasticos para tratamento de impotencia
40813150	Angioplastia de tronco venoso
40813169	Angioplastia venosa para tratamento de síndrome de BUDD-CHIARI
40813177	Angioplastia transluminal percutânea
40813185	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial
40813193	Colocação de stent em ramo intracraniano
40813207	Colocação de stent em tronco supra-aórtico
40813215	Colocação de stent aórtico
40813223	Colocação de stent para tratamento de síndrome de VCI
40813240	Colocação de filtro de VCI para prevenção de TEP
40813258	Colocação de stent em artéria visceral - por vaso
40813266	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa
40813274	Colocação de stent revestido (stent-graft) para tratamento de aneurisma periférico
40813282	Colocacao de stent revestido (stent-graft) para tratamento de fistula arteriovenosa
40813290	Colocação de stent em estenose vascular de enxerto transplantado
40813304	Colocação de stent em traquéia ou brônquio
40813312	Colocação de stent esofágiano, duodenal ou colônico
40813320	Colocação de stent biliar
40813339	Colocação de stent renal
40813347	Colocação percutânea de cateter pielovesical
40813355	Colocação percutânea de stent vascular
40813371	Dilatação percutânea de estenose biliar cicatricial
40813380	Dilatação percutânea de estenose de conduto urinário
40813398	Dilatação percutânea de estenose de ducto pancreático
40813401	Aterectomia percutânea orientada por RX
40813487	Drenagem percutânea de via biliar
40813541	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso
40813550	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão vascular - por vaso



40813568	Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular - por vaso
40813576	Embolização de fistula arteriovenosa em cabeça, pescoço ou coluna - por vaso
40813584	Embolização para tratamento de epistaxe
40813592	Embolização de aneurisma ou pseudoaneurisma visceral
40813606	Embolização brônquica para tratamento de hemoptise
40813614	Embolização pulmonar para tratamento de fistula arteriovenosa ou outra situação
40813622	Embolização de varizes esofagianas ou gástricas
40813630	Embolização de hemorragia digestiva
40813649	Embolização de ramo portal
40813657	Embolização esplênica para tratamento de hiperesplenismo ou outra situação
40813665	Embolização arterial para tratamento de priapismo
40813673	Embolização para tratamento de impotência
40813681	Embolização de ramos hipogástricos para tratamento de sangramento ginecológico
40813690	Embolização seletiva de fistula ou aneurisma renal para tratamento de hematúria
40813703	Embolização de artéria renal para nefrectomia
40813711	Embolização de fistula arteriovenosa não especificada acima - por vaso
40813720	Embolização de malformação vascular - por vaso
40813738	Embolização de pseudoaneurisma - por vaso
40813746	Embolização de artéria uterina para tratamento de mioma ou outras situações (com diretriz definida pela ANS - nº 23)
40813754	Embolização de veia espermática para tratamento de varicocele
40813789	Embolização de tumor de cabeça e pescoço
40813797	Embolização de tumor do aparelho digestivo
40813800	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles
40813819	Embolização de tumor não especificado
40813835	Gastrostomia percutânea orientada por RX ou TC



40813843	Colecistostomia percutânea orientada por RX, US ou TC
40813860	Cecostomia percutânea orientada por RX ou TC
40813878	Nefrostomia percutânea orientada por RX, US, TC ou RM
40813886	Pielografia percutânea orientada por RX, US, TC ou RM
40813908	Quimioterapia por cateter de tumor de cabeça e pescoço
40813916	Quimioembolização para tratamento de tumor hepático
40813924	Quimioterapia por cateter intra-arterial
40813932	TIPS - anastomose porto-cava percutânea para tratamento de hipertensão portal
40813940	Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal ou torácica com stent revestido (stent-graft)
40813959	Implante de endoprótese em dissecação de aorta abdominal ou torácica com stent revestido (stent-graft)
40813975	Tratamento do vasoespasmo pós-trauma
40813983	Trombectomia mecânica para tratamento de TEP
40813991	Trombectomia mecânica venosa
40814017	Trombectomia medicamentosa para tratamento de TEP
40814025	Trombólise medicamentosa arterial ou venosa - por vaso
40814033	Trombólise medicamentosa arterial ou venosa para tratamento de isquemia mesentérica
40814041	Trombólise medicamentosa em troncos supra-aórticos e intracranianos
40814050	Repermeabilização tubária para tratamento de infertilidade
40814068	Retirada percutânea de cálculos biliares orientada por RX, US ou TC
40814076	Retirada percutânea de cálculos renais orientada por RX, US ou TC
40814084	Retirada percutânea de corpo estranho intravascular
40814092	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)
40814165	Esclerose percutânea de nódulos benignos dirigida por RX, US, TC ou RM
40814211	Radioembolização hepática (com diretriz de utilização nº 155)
40814220	Trombectomia no acidente vascular cerebral AVC isquêmico agudo
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular



- XV. Quando o paciente se internar voluntariamente em acomodações hospitalares superiores, diferentes das previstas no seu plano de saúde original, a possível remuneração complementar será considerada cabível pelo médico assistente clínico e/ou equipe médica cirúrgica, ficando a encargo do beneficiário ou do responsável, em casos de menores ou incapazes. Nessas situações, o médico assistente e o hospital serão os responsáveis em dar ciência ao beneficiário e/ou responsável pela internação.
- XVI. Para paciente com direito a acomodação apartamento (plano especial), e internado em enfermaria por falta de leito, deverá ser remunerado conforme plano contratado, ou seja, fica previsto a valorização em dobro dos honorários médicos.
- XVII. Para paciente com direito a acomodação enfermaria (plano básico), e hospedado em apartamento por falta de leito, deverá ser cobrado conforme plano contrato do paciente, ou seja, não cabe a dobra dos honorários médicos.
- XVIII. Os atos dos médicos na assistência clínica ou cirúrgica terão seus valores de honorários remunerados de acordo com o tipo de acomodação do paciente, mesmo se ele estiver internado em UTI.
- XIX. Foi adotada a codificação da Tabela Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), considerando a obrigação legal da Agência Nacional de Saúde (ANS) de que os registros dos procedimentos devem seguir esse padrão. Alguns códigos tiveram as suas descrições entre parênteses e destacadas em vermelho para complementar a informação do procedimento.
- XX. No Intercâmbio Nacional, caberá ao Conselho Confederativo aprovar o valor de referência para cada UTM, sendo que na utilização interna da tabela em cada Unimed, ou ainda, em cada Federação que tenha regras próprias em Intercâmbio Federativo tem os seus fóruns próprios de definição do valor da UTM.
- XXI. Além dos procedimentos com cobertura obrigatória pela ANS, o Rol de Procedimentos Médicos Unimed também contempla os já consagrados.
- XXII. Os procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório poderão estar sujeitos a dobra de honorários, conforme a regra para contratos de acomodação superior, desde que constem na planilha de procedimentos ambulatoriais que dobram os honorários médicos aprovada pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos.
- XXIII. Para pacientes internados, os honorários dos procedimentos de ultrassonografia intervencionista e procedimentos endoscópicos intervencionistas constantes na tabela do item IV, passíveis de dobra conforme acomodações superiores, obedecerão a dobra prevista para os honorários médicos. Este adicional, contudo, não se aplica ao custo operacional do procedimento.

VALORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO E TERAPIA NO INTERCÂMBIO NACIONAL

- I. Os procedimentos que constam na planilha de SADT_Lista Referencial serão pagos conforme os valores já descritos na coluna E “Valor do Procedimento a ser pago no Intercâmbio



- Nacional”, que contempla a soma do Valor do Honorário Médico com Valor do Custo Operacional.
- II. Para coluna F “Valor do Honorário Médico” está previsto a remuneração dos honorários médicos quando realizados e/ou laudados por médicos.
 - III. A coluna G “Valor do Custo Operacional” será preenchida quando houver a previsão de custo operacional para o procedimento. Ressaltamos que a soma do HM com Custo Operacional não deve ultrapassar o valor total do procedimento.
 - IV. A coluna L “Valor Taxa de Vídeo/Equipamento” refere-se ao valor máximo da taxa de vídeo a ser pago no intercâmbio nacional, seguindo as regras definidas pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos.
 - V. A coluna O “Baixo Risco se código único SIM ou NÃO” foi descontinuada. A coluna se manterá vazia na lista até que seja publicada nova versão do manual do PTU com exclusão total dessa informação.
 - VI. Nas colunas de N a Q constam as classificações de cada procedimento, sendo os documentos e quantidades exigidas para o Intercâmbio Nacional, respeitando os prazos para encaminhamentos das solicitações conforme RN 395 (orientação no final deste documento).
 - VII. A coluna “G” refere-se ao pagamento do honorário do anestesista classificados de A até Z, que anteriormente denominados porte anestésico passam a ser indicador anestésico.
 - VIII. Para os planos de acomodações superiores contratados pelos beneficiários, nos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT), inclusive procedimentos endoscópicos diagnósticos, não caberá dobra desses procedimentos nem para o médico que realiza o procedimento e nem para o anestesista, salvo quando houver previsão na própria instrução geral do Rol Unimed.

1.0 - REGRAS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Os procedimentos da clínica médica, da mesma forma que os cirúrgicos, seguirão o padrão de codificação da Tabela Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) e sua descrição. Para fins remuneratórios, valerão as instruções complementares ao descritivo dos procedimentos com a finalidade de dar clareza à valorização dos honorários médicos no que tange à sua realização.

1.1 - Consultas médicas

As quantidades de UTMs e as valorizações atribuídas à Consulta Médica de Consultório (código 10101012) e à Consulta Médica de Unidades de Urgência/Emergência (código 10101039) serão de atribuição do Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional, sendo que cada Unimed na utilização interna da tabela, ou ainda, cada Confederada que tenham regras próprias em Intercâmbio Federativo tem os seus próprios fóruns de definição dos valores para as consultas médicas acima definidas.

1.2 - Assistência médica ao paciente hospitalizado por motivo clínico



Para efeitos de remuneração, a assistência prestada pelo médico assistente aos pacientes hospitalizados por motivo clínico é valorizada por dia de assistência clínica prestada. Nesses casos, assim como na consulta médica, o valor da remuneração dos médicos assistentes é estabelecido por atribuição do Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional. Cada Confederada que tenha regras próprias em Intercâmbio Federativo possui os seus fóruns de definição do valor para as Visitas Hospitalares (código 10102019).

Obs.: a definição dos valores acima previstos, em qualquer fórum de decisão, deverá estar alicerçada em cálculos atuariais compatíveis com a sustentabilidade econômica do Sistema Unimed. Para o Intercâmbio Nacional, o Comitê de Valorização dos Honorários realiza um trabalho técnico para subsidiar as decisões do Conselho Confederativo.

1.3 - Atendimento de urgência e emergência

1.3.1 Os atos médicos praticados exclusivamente em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus valores nas seguintes eventualidades:

1.3.1.1 No período compreendido entre 19 e 7 horas do dia seguinte;

1.3.1.2 Em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados (municipal, estadual e nacional).

1.3.2 Não estão sujeitos as condições do item 1.3.1 os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que estão na lista denominada SADT, para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento.

1.3.3 Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

1.3.4 Havendo necessidade de avaliação do especialista nos atendimentos realizados em pronto-socorro/pronto atendimento, o profissional deverá ser remunerado por meio do código 10101039 – Consulta em pronto-socorro desde que haja justificativa técnica devidamente registrada em prontuário.

1.3.5 Os atendimentos realizados pelos médicos em pronto-socorro /pronto atendimento, inclusive a consulta médica, também serão acrescidos de 30%, desde que cumpridas as orientações descritas nos itens acima.

1.3.6 Não estão sujeitos as condições do item 1.3.1 os atos médicos eletivos, incluindo visitas aos pacientes internados em qualquer acomodação, cirurgias programadas, plantões em UTI etc.

1.4 - Recém-nascido

10103015 – Atendimento ao recém-nascido em berçário

10103031 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)



10103023 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)

1.4.1 Assistência ao parto

1.4.1.1 Será utilizado o código 10103023 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco) quando o RN for normal para a idade gestacional e não tiver patologias de risco associadas.

1.4.1.2 Será utilizado o código 10103031 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco) quando o RN for de baixo peso para a idade gestacional ou ainda aqueles que apresentem patologias ou complicações de risco associados ao nascimento.

1.4.2 Assistência ao recém-nascido

1.4.2.1 Para efeitos de remuneração, na assistência ao recém-nascido no berçário ou no quarto conjunto da maternidade, deverá ser utilizado o mesmo código 10103015 – Atendimento ao recém-nascido em berçário.

1.4.3 Observações

1.4.3.1 Na assistência ao recém-nascido, o médico assistente terá calculado a sua remuneração de acordo com o tipo de acomodação dos planos dos beneficiários (privativo ou coletivo), sendo obedecidas todas as regras que tratam das condições de internações editadas neste regulamento.

1.4.3.2 Em casos de partos múltiplos, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deverá ser considerado individualmente.

1.4.3.3 Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia do nascimento, será feita uma nova guia de internação com o diagnóstico da patologia que justifica a sua permanência. O médico assistente será remunerado por cada dia de internação até a alta, de acordo com o código 10102019 – Visita hospitalar.

1.4.3.4 Não haverá previsão de remuneração do médico pediatra assistente para as crianças que ficam internadas por motivos clínicos da mãe em leito conjunto, mas que já têm condições de alta sem necessidade de cuidados médicos.

1.5 - UTI (unidade de tratamento intensivo)

1.5.1 Os honorários do médico assistente do paciente internado em UTI deverão ser justificados tecnicamente e serão valorizados no mesmo montante da visita hospitalar, desde que eles realizem a avaliação médica com o devido registro no prontuário do paciente.



- 1.5.2** Quando existentes, os honorários do médico diarista de UTI serão remunerados no mesmo valor da visita hospitalar a partir do registro em prontuário da sua avaliação técnica.
- 1.5.3** Os honorários dos médicos plantonistas da UTI terão sua remuneração estipulada da seguinte forma:
- 1.5.3.1** Nos casos em que os honorários dos médicos plantonistas são parte integrante dos valores pagos às diárias das unidades intensivas contratualizadas com os hospitais pelas cooperativas ou regulamentadas nos hospitais próprios das cooperativas, esses médicos têm seus honorários contratualizados com hospital.
- 1.5.3.2** Nos casos em que os honorários dos médicos plantonistas não são parte integrante dos valores pagos às diárias das unidades intensivas contratualizadas com os hospitais pelas cooperativas ou regulamentadas nos hospitais próprios, o atendimento médico dos plantonistas será aquele contratualizado ou regulamentado no teto do valor do código 10104020 – Plantão de 12 horas por paciente assistido.
- 1.5.3.2.1** *Nesses casos, o cálculo da valorização das diárias e taxas contratadas devem excluir os honorários dos plantonistas e assegurar que os honorários serão repassados à eles.*
- 1.5.4** Nas atividades realizadas pelos médicos plantonistas de UTI abaixo citadas, já se encontram incluídas:
- 1.5.4.1** Toda a assistência clínica em geral de suporte à vida.
- 1.5.4.2** Os procedimentos realizados para manutenção ventilatória invasiva ou não invasiva que incluem as atividades de controle, dos equipamentos intubação ou outras atividades correlatas.
- 1.5.4.3** Monitorizações clínicas, com ou sem auxílio de equipamentos, incluindo o código 20202067 – Monitorização da pressão intracraniana (por dia), e 40101010 – Eletrocardiograma.
- 1.5.4.4** Todos os procedimentos e atendimentos aos pacientes em casos de ressuscitação cardiopulmonar.
- 1.5.4.5** Acesso arterial para PAM.
- 1.5.4.6** Acesso venoso central (intracath, mono, duplo ou triplo lúmen).
- 1.5.4.7** Punção líquórica.
- 1.5.4.8** Punção pleural.
- 1.5.4.9** Trocas de sondas e cânulas.
- Observação: em caso de necessidade justificada tecnicamente do concurso do cirurgião para realizar algum dos procedimentos acima, esse será remunerado à parte.
- 1.5.5** Outros procedimentos de indicação técnica reconhecida realizados pelos médicos plantonistas, pelos médicos assistentes ou de especialistas praticados por



solicitação do intensivista serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

- 1.5.6** Os procedimentos abaixo citados não estão incluídos nas atividades realizadas pelos médicos plantonistas de UTI, portanto, serão valorizados à parte aos médicos executantes, plantonistas ou não, de acordo com os seus devidos códigos TUSS, respeitadas as quantidades de UTMs previstas para eles.

1.5.6.1 Realização e responsabilidade técnica de diálise peritoneal ou hemodiálise, bem como o acesso vascular para hemodiálise

1.5.6.2 Implantes de marcapasso

1.5.6.3 Realização de traqueostomia

- 1.5.7** Os procedimentos passíveis de remuneração ao médico executante comprovadamente realizados serão calculados de acordo com o tipo de acomodação dos planos dos beneficiários (privativo ou coletivo), porém, essa regra não se aplica à remuneração do código 10104020 – Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica (plantão de 12 horas – por paciente) nem do código 10104011 – Atendimento do intensivista diarista (por dia e por paciente).

1.6 - Aconselhamento genético (10106014)

- 1.6.1** Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Após concluído o aconselhamento genético, havendo necessidade de acompanhamento do médico geneticista, esses atendimentos serão pagos como consultas médicas no código 10101012. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do aconselhamento genético. O aconselhamento genético quando justificado tecnicamente poderá ser pago a cada dois anos.

- 1.6.2** O aconselhamento genético é indicado para pessoas com histórico familiar de doenças ligadas a possíveis causas genéticas, servindo também para verificar as probabilidades de uma doença genética ocorrer em uma família ou para orientações de casais que programam ter filhos, mas apresentam indicação técnica de grande probabilidade de transmitirem alguma patologia ou malformação.

- 1.6.3** De forma geral, nas indicações previstas, o aconselhamento genético serve para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e, se possível, indicar as formas de prevenção e/ou tratamentos indicados para as doenças de origem genética.

- 1.6.4** Estão incluídos nesses atendimentos o levantamento de histórico pessoal e familiar, a avaliação dos exames clínicos e genéticos já realizados e a indicação de outros exames, se necessário. Também faz parte a análise dos dados, visando diagnosticar, confirmar ou excluir uma condição genética conhecida.



- 1.6.5** O Aconselhamento Genético de que a tabela de honorários Unimed trata é uma avaliação feita exclusivamente por médicos geneticistas ou por especialistas em medicina fetal aptos para tal, quando a sua avaliação for tecnicamente completa em a necessidade de encaminhamento ao geneticista em momento posterior.

1.7 - Sessões de quimioterapia

- 1.7.1** A remuneração médica indicada para as sessões de quimioterapia é prevista exclusivamente aos médicos oncologistas e hematologistas responsáveis pela assistência ao paciente em cada sessão.
- 1.7.2** Em caso de internação, essa remuneração indicada já inclui a visita hospitalar, que não deverá ser remunerada concomitantemente.
- 1.7.3** Os códigos 20104294 – Terapia oncológica – planejamento e 1º dia de tratamento e 20104243 – Terapia oncológica – altas doses – planejamento e 1º dia de tratamento e, ainda, 20104278 – Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas – planejamento e 1º dia de tratamento referem-se ao 1º dia do ciclo de tratamento.
- 1.7.3.1** A partir de 2º dia, serão pagos honorários aos médicos assistentes responsáveis de acordo com os códigos: 20104251 ou 20104286 ou, ainda, 20104308, sendo valorizado por dia subsequente em que o tratamento for realizado no mesmo ciclo de acordo com a terapia preconizada.

1.8 – Pulsoterapia

- 1.8.1** Para valorização do ato médico na pulsoterapia intravenosa por sessão – códigos 20104383 e 20204159 –, será necessária a presença do médico durante a realização do procedimento por motivo clínico justificado, devendo haver registro no prontuário de atendimento com a devida justificativa.
- 1.8.2** As codificações 20104383 – Pulsoterapia intravenosa (por sessão – ambulatorial) ou 20204159 – Pulsoterapia intravenosa (por sessão – hospitalar) são as escolhidas para transitar as terapias endovenosas com imunoglobulinas poliespecíficas, seja para reposição ou para imunomodulação. A aplicação de imunoglobulinas específicas em ambatório (ex.: imunoglobulina anti-D ou anti-Rh) é mediante prescrição, não justificando honorários. Para o procedimento 20104472 – Terapia subcutânea com imunoglobulina humana policlonal, quando domiciliar, não justifica a remuneração da codificação.

1.9 - Procedimentos da TUSS que são partes integrantes da avaliação do médico durante a realização da consulta médica



1.9.1 Assim como diversos exames clínicos já consagrados integram a realização da consulta médica, os procedimentos listados na TUSS, indicados abaixo, são partes integrantes da consulta médica geral ou especializada. A remuneração desses procedimentos está sendo realizada pela valorização do ato médico da consulta e não devem ser cobradas concomitantemente com o código da consulta médica:

Código TUSS	Descrição
20101015	Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante renal – por avaliação
20101023	Análise da proporcionalidade cineantropométrica
20101074	Avaliação nutrológica
20101082	Avaliação nutrológica pré e pós-cirurgia bariátrica
20101090	Avaliação da composição corporal por antropometria
41401514	Oximetria NÃO invasiva
40105059	Medida de pico de fluxo expiratório

Observação: A avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria poderá ser remunerada a parte da consulta, quando solicitada por médicos endocrinologista e nutrólogo com periodicidade de seis meses. A avaliação faz parte da consulta do nutricionista.

1.10- Puericultura (10106146)

1.10.1 O atendimento em puericultura obedecerá a diretriz abaixo indicada.

O atendimento ambulatorial em puericultura inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os seguintes itens:

- avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola
- avaliação do padrão de atividades físicas diárias, conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde
- exame da capacidade visual
- avaliação das condições do meio ambiente, conforme roteiro do Ministério da Saúde
- avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança
- avaliação do desenvolvimento da sexualidade
- avaliação quantitativa e qualitativa do sono
- avaliação da função auditiva
- avaliação da saúde bucal



1.10.2 A assistência não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada.

1.10.3 Não pode ser cobrado concomitante à consulta médica eletiva.

1.10.4 O atendimento ambulatorial em puericultura é sequencial e limitado, conforme o calendário, respeitando os intervalos abaixo:

Lactente 0-2 anos	Pré-escola 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

As consultas de puericultura poderão ser realizadas nos seguintes intervalos:

Lactente 0-2 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas
1ª semana	Semanal	0 a 59 dias	2
1 mês	Mensal		
2 meses	Mensal	De 2 a 2 meses e 29 dias	1
3 meses	Mensal	De 3 a 3 meses e 29 dias	1
4 meses	Mensal	De 4 a 4 meses e 29 dias	1
5 meses	Mensal	De 5 a 5 meses e 29 dias	1
6 meses	Trimestral	De 6 a 8 meses e 29 dias	1
9 meses	Trimestral	De 9 a 11 meses e 29 dias	1
12 meses	Trimestral	De 12 a 14 meses e 29 dias	1
15 meses	Trimestral	De 15 a 17 meses e 29 dias	1
18 meses	Semestral	De 18 a 23 meses e 29 dias	1

11
consultas
até 2 anos



Pré-escola 2-4 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas
24 meses	Semestral	De 24 a 29 meses e 29 dias	1
30 meses	Semestral	De 30 a 35 meses e 29 dias	1
36 meses	Semestral	De 35 a 41 meses e 29 dias	1
42 meses	Semestral	De 42 a 47 meses e 29 dias	1
48 meses	Anual	De 4 a 4 anos e 11 meses e 29 dias	1

+ 5
consultas
até 4 anos

Escolar 5-10 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas
5 anos	Anual	De 5 a 5 anos e 11 meses e 29 dias	1
6 anos	Anual	De 6 a 6 anos e 11 meses e 29 dias	1
7 anos	Anual	De 7 a 7 anos e 11 meses e 29 dias	1
8 anos	Anual	De 8 a 8 anos e 11 meses e 29 dias	1
9 anos	Anual	De 9 a 9 anos e 11 meses e 29 dias	1
10 anos	Anual	De 10 a 10 anos e 11 meses e 29 dias	1

+ 6
consultas
até 10 anos

Adolescente	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas
11 anos	Anual	De 11 a 11 anos e 11 meses e 29 dias	1
12 anos	Anual	De 12 a 12 anos e 11 meses e 29 dias	1
13 anos	Anual	De 13 a 13 anos e 11 meses e 29 dias	1
14 anos	Anual	De 14 a 14 anos e 11 meses e 29 dias	1

+ 9
consultas
até 19 anos



15 anos	Anual	De 15 a 15 anos e 11 meses e 29 dias	1
16 anos	Anual	De 16 a 16 anos e 11 meses e 29 dias	1
17 anos	Anual	De 17 a 17 anos e 11 meses e 29 dias	1
18 anos	Anual	De 18 a 18 anos e 11 meses e 29 dias	1
19 anos	Anual	De 19 a 19 anos e 11 meses e 29 dias	1

1.11 - Acupuntura (31601014)

1.11.1 Sob a denominação acupuntura agrupam-se diferentes métodos de estimulação neural periférica. No contexto da diretriz Clínica, o termo inclui: Acupuntura Manual, Eletroacupuntura, Acupressão e Eletroestimulação transcutânea (TENS) de ponto de acupuntura.

1.11.2 Para efeitos de Valorização, a realização da Sessão de Acupuntura já inclui a Acupuntura Manual, Eletroacupuntura, Acupressão e Eletroestimulação Transcutânea (TENS) de ponto de acupuntura; bloqueio de nervo periférico e infiltração extra articular. Dessa forma, a possível realização dos procedimentos especificados na codificação 31602185 Estimulação elétrica transcutânea, ou mesmo da codificação 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), quando realizados em combinação com a sessão de Acupuntura já encontram-se remunerados pelo Código 31601014 – Acupuntura por Sessão quando realizados no mesmo momento ou no intervalo de até 30 dias.

1.11.4 A realização da Consulta Médica nesses pacientes, realizada para avaliação clínica a cada período do tratamento, poderá ser remunerada quando realizada fora da sessão de acupuntura, considerando-se que no espaço menor de trinta dias de intervalo para essa finalidade, a possível realização de Consulta Médica somente deverá ser remunerada com justificativa de ordem Clínica embasada e tecnicamente acatada pela Auditoria Médica.

1.12 - A Estimulação Elétrica Transcutânea (31602185)

1.12.1 A Estimulação Elétrica Transcutânea (31602185) se realizada em concomitância de mesma data com a Sessão de Acupuntura, já se encontra remunerada pela Sessão de Acupuntura.

1.12.2 A realização da Estimulação Elétrica Transcutânea deverá obedecer a adequada indicação técnica prescrita pelo médico assistente. A sua realização deverá ser liberada para efeitos de remuneração somente para a realização por médico capacitado para tal, não devendo ser coberto para realização por profissional Fisioterapeuta.

1.13 - Infiltração de Ponto Gatilho ou Agulhamento Seco (20103301)



1.13.1 - A Infiltração de Ponto Gatilho ou Agulhamento Seco se realizada em concomitância de mesma data com a Sessão de Acupuntura, já se encontra remunerada pela Sessão de Acupuntura.

1.13.2 - Na forma de remunerar esse procedimento, ele pode ser considerado até o limite de duas vezes o valor estipulado ao código TUSS (20103301) quando, por indicação técnica forem realizados dois ou mais infiltrações de pontos de gatilhos no mesmo dia ou sessão.

1.13.3 - A realização do procedimento Infiltração de Ponto Gatilho ou Agulhamento Seco deverá obedecer a adequada indicação técnica prescrita pelo médico assistente. A sua realização deverá ser liberada somente para a realização de Médico capacitado para tal, não devendo ser coberto para realização por profissional Fisioterapeuta.

1.14- Dermatoscopia e Fotodermatoscopia

1.14.1 Os códigos 41301137 – Dermatoscopia ou 41301234 – Fotodermatoscopia serão remunerados uma vez, independentemente do número de lesões.

1.14.2 Os dois códigos não serão remunerados concomitantemente.

1.15Outros

1.15.1 Os procedimentos abaixo indicados terão sua valorização computada nos devidos códigos e nas quantidades de UTMs em até dois dias de internação subsequentes. Para fins de valorização, a partir do terceiro dia em diante, os valores a serem pagos ao médico assistente deverão ser computados pelo código 10102019 – Visita hospitalar por dia de internação, enquanto houver o acompanhamento clínico do médico executor assistente:

1.15.1.1.1 Analgesia por dia subsequente (31602029)

1.15.1.1.2 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico, hipertensão intracraniana e hemorragia (20201087)

1.15.1.2 Tratamento de trauma raquimedular por dia subsequente (30715342)

1.16Atendimento médico do plantonista em sala de recuperação pós-anestésica geral ou pediátrica, por paciente, por hora (até 6 horas)

1.16.1 Faz parte das taxas hospitalares a assistência médica no RPA, inclusive dos honorários do anestesiológista a assistência pós-operatória anestésica.

2.0 - REGRAS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Os procedimentos que envolvem atividades médicas cirúrgicas foram estruturados e elaborados pelo Comitê de Valorização dos Honorários baseados em conhecimentos técnicos e normativas do Sistema Unimed ao longo do tempo, levando em conta um estudo técnico de base, cuja metodologia foi avaliada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-IBRE). Foram realizadas pesquisas com diversos médicos



especialistas de cada área de atuação da medicina em uma avaliação que pontuou os critérios de complexidade dos procedimentos, tempos médios de cada um, tempos médios de cuidados pós-operatórios e os graus de possíveis riscos de vida ou danos irreparáveis aos pacientes pela realização de cada procedimento cirúrgico.

2.1 – Honorários dos procedimentos cirúrgicos

2.1.1 Os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico compreendem, além do ato cirúrgico e dos cuidados médicos imediatos necessários, a prescrição e o acompanhamento dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital até 10 dias seguidos do ato cirúrgico.

2.1.1.1 Não cabe remuneração de visitas pós-operatórias ao cirurgião nos 10 primeiros dias de pós-operatório.

2.1.1.2 Caso um paciente em internação clínica receba um procedimento cirúrgico por alguma intercorrência, é devida a remuneração de visitas ao clínico, na continuidade da internação clínica. Nesta situação não cabe glosa ao clínico.

2.1.1.3 Não cabe o cirurgião delegar ao clínico os cuidados pós-operatórios. Numa internação cirúrgica, as visitas ao clínico serão remuneradas mediante solicitação de interconsultas.

2.1.1.4 Caso o paciente esteja sob internação clínica aos cuidados exclusivos do cirurgião, para os procedimentos abaixo é devida a remuneração de visitas dentro dos 10 dias pós-operatório:

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO
30801109	Traqueostomia com colocação de órtese traqueal ou traqueobrônquica por via cervical
30801184	Traqueostomia com retirada de corpo estranho
40202623	Traqueostomia por punção percutânea (endoscopia terapêutica)
30206014	Alargamento de traqueostomia
30801133	Plastia de traqueostoma
30804086	Punção pleural
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30804019	Biópsia percutânea de pleura por agulha
40813410	Drenagem percutânea de coleção pleural
31009247	Paracentese abdominal
30914124	Punção biópsia ganglionar
31103405	Punção e aspiração vesical
20104049	Cateterismo vesical em retenção urinária
30913071	Dissecção de vaso umbilical com colocação de cateter
30913080	Dissecção de veia em RN ou lactente



30913098	Dissecção de veia com colocação cateter venoso
40813231	Colocação de cateter venoso central ou portocath
30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas
30913101	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração
30913128	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração
30913020	Instalação de cateter para monitorização hemodinâmica à beira do leito Swan-Ganz
20104081	Curativos em geral com anestesia, exceto queimados
20104090	Curativo de extremidades de origem vascular
20104103	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados
20104316	Curativo de ouvido (cada)
20104324	Curativo oftalmológico
20104332	Bota de Unna – confecção
40309169	Punção lombar com manometria para coleta de líquido cefalorraqueano

- 2.1.2** A quantidade de UTMs atribuídas aos procedimentos leva em conta a sua realização já incluindo todos os passos cirúrgicos necessários. Inclui-se nesse contexto incisões ou punções para vias de acesso, hemostasias, afastamento ou dissecções de órgão ou estruturas, exéreses e sínteses ligados ao ato operatório indicado.
- 2.1.3** Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, não será valorizado o somatório de UTMs do conjunto, mas apenas aquelas do ato principal.
- 2.1.4** Considerando que os atos médicos dos cirurgiões e anestesiológicos tiveram as devidas valorizações calculadas em um modelo que cobre todas as etapas necessárias para a sua realização, na ocorrência de um Protocolo que conste procedimento classificado como "N", não deverá ser cobrado no Intercâmbio Nacional, mesmo que tenha sido autorizado previamente. Portanto, não cabe discussão na forma de valorizar os procedimentos no momento de sua autorização. Para solicitações de procedimentos fora do protocolo, caberá análise prévia da auditoria médica, dentro dos conceitos do parecer do CFM 12/2017.
- 2.1.5** Quando o procedimento principal da “Racionalização” for solicitado em caráter eletivo, uma vez enviado todos os documentos necessários, não cabe glosa por divergência de indicação após a autorização.
- 2.1.6** Para cobrança dos procedimentos cirúrgicos do “Baixo Risco”, previstos no Anexo I – Protocolos, deve ser encaminhada juntamente com a cobrança, a justificativa que fundamenta sua realização.
- 2.1.7** Reiterado as regras vigentes de acordo com o Manual Operacional de Cobrança e Contestação/Glosa no Intercâmbio Nacional: 1.2.26. Excepcionalmente



quando a documentação da tabela de racionalização for encaminhada na cobrança, devido ao não envio no processo de autorização, a Unimed Origem deverá avaliar tecnicamente e poderá efetuar a glosa, de acordo com essa análise técnica. Para os casos em que essa documentação não seja encaminhada nem na autorização e nem na cobrança, a Unimed Origem poderá efetuar a glosa integral quando o procedimento for o principal ou gerador do atendimento, e glosa parcial do procedimento e dos itens relacionados a ele quando não se enquadrar como procedimento principal ou gerador do atendimento. O envio da documentação pela Unimed Executora no AJIUS deverá ser acatado para análise da Unimed Origem, desde que encaminhado anteriormente ao prazo de rediscussão. Se encaminhado durante o prazo de rediscussão, a Unimed Origem poderá ou não aceitar o documento.

2.1.8 Cabe ao médico auditor da Unimed Executora a análise e auditoria previa conforme protocolo estabelecido nas cobranças de código múltiplo, além da obrigatoriedade da identificação do médico auditor no PTU A500.

Quando solicitado pelo auditor da Unimed Origem as documentações ou relatório médico do auditor da Unimed Executora eles deverão ser encaminhados obrigatoriamente.

2.1.9 Caberá a cobrança de mais de um código em procedimentos múltiplos nas situações em que não estejam enquadrados nas regras anteriores quando o(s) outro(s) códigos cobrados forem de procedimentos considerados tecnicamente adequados para tratar outra patologia concomitante ou de cirurgia complementar necessária à patologia principal.

2.1.10 Na situação acima, havendo um outro código com descrição que já inclua a valorização para realização dos procedimentos de forma concomitante, para efeitos de remuneração, valerá esse terceiro código com a quantidades de UTM's a ele referida.

2.1.11 No Anexo I, estão editados procedimentos cobrados em códigos múltiplos que apresentaram uma relativa frequência no intercâmbio. Neles, ficarão estabelecidas as diversas situações em que caberão ou não as cobranças em códigos múltiplos, com a finalidade de alinhar a forma de valorizar os honorários médicos, seguindo os critérios em que foi estruturada a classificação dos procedimentos, visando a sua remuneração adequada. Outras situações não previstas nesse anexo deverão ser editadas pelo Comitê de Valorização dos Honorários ou pelo Colégio Nacional de Auditoria Médica.

2.1.12 Os procedimentos cirúrgicos realizados por videoendoscopia têm códigos independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional, possuindo uma valorização própria.



- 2.1.13** Os procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório, constantes na planilha de procedimentos ambulatoriais que dobram os honorários médicos conforme acomodação vigente e no Manual de Auditoria Médica e Enfermagem aprovado pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos, devem ser pagos de acordo com a categoria de acomodação do plano dos beneficiários.
- 2.1.14** Nos casos em que houver necessidade clínica do paciente ficar hospitalizado por motivo técnico, depois ser de esgotado o prazo de 10 dias do pós-operatório, o médico assistente – permanecendo responsável pela assistência do atendimento hospitalar – deverá ser remunerado com os critérios estabelecidos previstos para as visitas hospitalares diárias.
- 2.1.15** Em casos de cirurgias em que as descrições desses procedimentos foram valorizadas com a previsão descrita como unilateral e ela tenha sido realizada bilateralmente no mesmo ato anestésico e cirúrgico, desde que não exista código e descrição prevendo a realização desses procedimentos nos dois lados, as regras de remuneração serão as seguintes:
- 2.1.15.1** Quando as cirurgias valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas bilateralmente em vias de acesso diferentes e em áreas anatómicas distintas, o lado contralateral será remunerado em 70% das UTM's referidas ao seu código TUSS.
- 2.1.12.2** Quando as cirurgias valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas bilateralmente pela mesma via de acesso, o lado contralateral será remunerado em 50% das UTM's referidas ao seu código TUSS.
- 2.1.12.3** Quando as cirurgias pela via nasal (independentemente da fossa nasal) valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas de maneira bilateral, elas serão remuneradas em 50% das UTM's referidas ao seu código TUSS até dois procedimentos.
- 2.1.12.4** Caso haja mais de dois procedimentos, considerar a regra dos itens 2.1.14 e 2.1.17.
- 2.1.12.5** A regra será a mesma para honorários médicos dos serviços auxiliares que possuam vias de acesso.
- 2.1.16** Os procedimentos que não estejam previstos na descrição como unilateral já tiveram a sua valorização considerando a realização sobre um ou dois lados concomitantemente.
- 2.1.17** Quando previamente planejada, ou quando se verificar durante o mesmo ato cirúrgico, a indicação tecnicamente adequada de realizar pelos mesmos médicos da equipe cirúrgica procedimentos diferentes para tratar patologias específicas, atuando em mais de um órgão a partir da mesma via de acesso, teremos as seguintes regras para efeitos de remuneração:



- 2.1.17.1** Ao procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 100% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.17.2** Ao segundo procedimento com maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 50% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.17.3** Ao terceiro procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 40% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.17.4** Ao quarto procedimento, serão atribuídas 30% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.17.5** Havendo um quinto ou mais procedimentos, serão atribuídas 10% das UTMs estabelecida(s) a ele(s).
- 2.1.17.6** A regra será a mesma para honorários médicos dos serviços auxiliares que possuam vias de acesso.
- 2.1.18** A regra acima deverá ser seguida para as situações em que não haja um código específico para o conjunto desses procedimentos ou quando não houver outra regra aprovada pelo Comitê de Valorização dos Honorários editada neste regulamento.
- 2.1.19** Para efeitos na remuneração de honorários médicos, serão reconhecidos os procedimentos que não sejam considerados parte integrante de outro a ser remunerado.
- 2.1.20** Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica por diferentes vias de acesso em regiões anatômicas distintas, pelos mesmos médicos da equipe cirúrgica em situações em que a indicação técnica seja considerada adequada para tratar patologias diferentes e não havendo previsão que esse outro procedimento seja um passo necessário à cirurgia principal, esse segundo procedimento (*o de menor quantidade de UTMs*) deverá ser computado em 70% da sua quantidade de UTMs. Nesses casos, havendo mais códigos tecnicamente aceitáveis para efeitos de remuneração, a regra será a seguinte:
- 2.1.20.1** Ao procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 100% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.20.2** Ao segundo procedimento com maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 70% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.20.3** Ao terceiro procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 40% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.20.4** Ao quarto procedimento, serão atribuídas 30% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.20.5** Havendo um quinto ou mais procedimentos, serão atribuídas 10% das UTMs estabelecidas a(s) ele(s).
- 2.1.21** Havendo três ou mais procedimentos que estiverem adequados para remuneração no seu conjunto, eles deverão ser colocados em ordem de valor original decrescente. O procedimento de maior valor (original) será



remunerado em 100%, o segundo valor original na ordem decrescente será 50% se for na mesma via ou 70% se for via diferente, o terceiro valor original na ordem decrescente será 40% independente da via de acesso. Se houver um quarto procedimento ele será estipulado em 30% independente da via de acesso. Havendo um quinto ou mais procedimentos a ser remunerado eles serão 10%, independente da via de acesso.

Observação: *O valor original é o valor do procedimento antes da percentualização da via de acesso.

- 2.1.22** Quando duas equipes cirúrgicas distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuída a forma de remuneração como se fosse um ato cirúrgico não concomitante, seguindo as mesmas regras estipuladas neste regulamento.

Nas situações em que o auxiliar for o mesmo participante das duas equipes, será aplicado o percentual de vias de acesso.

- 2.1.23** Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500 gramas, deverá ser pago o valor atribuído à cirurgia de acordo com a sua categoria de acomodação, acrescido de 100% do valor equivalente à categoria coletiva atribuída ao código do procedimento.

- 2.1.24** Os atos médicos previstos no Capítulo 3 da TUSS, quando realizados de forma eletiva em pacientes na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, incidirá o acréscimo de 20% no valor do honorário da equipe cirúrgica. Para os procedimentos realizados em pacientes de 6 (seis) a 12 (doze) anos, incidirá acréscimo de 15%. Para os procedimentos que já possuem previsão de realização em criança não cabe o acréscimo (ex: 30101433 Exérese de hígroma cístico no RN e lactente).

- 2.1.25** Nas videocirurgias laparoscópicas, quando os passos cirúrgicos foram iniciados por essa via de acesso, mas foram convertidas por motivos técnicos para serem finalizadas pela técnica convencional, a remuneração será pelo procedimento de maior valor.

2.1.25.1 Nesses casos, não caberá a cobrança de procedimentos secundários a acidentes cirúrgicos do transoperatório, nem passos cirúrgicos da via de acesso.

2.1.25.2 Em casos excepcionais, onde haja necessidade de participação de outra equipe cirúrgica, justificada tecnicamente pelo médico assistente, caberá avaliação do médico auditor da Unimed Origem.

2.1.25.3 Para efeitos de valorização dos protocolos, quando um procedimento acessório possuir valor mais alto do que o procedimento principal, será computado como 100% de UTM's o procedimento de maior valor e para os demais caberá percentualização sequencialmente.



Da mesma forma o procedimento com indicador anestésico cujo valor seja maior, independente de ser ou não o procedimento principal, será computado como 100%

2.1.22 Acompanhamento peroperatorio

O procedimento 20201028 - Acompanhamento peroperatorio é excludente ao 10102019 visita hospitalar. Para cobrança a Unimed Executora deve validar o relatório anexo a descrição cirúrgica.

2.1.23 Outros transplantes musculares

O código 30703093 - Outros transplantes musculares no momento da solicitação deverão ser informados o músculo ou grupo de músculos a serem tratados.

3.0 AUXILIARES DE CIRURGIAS

- 3.1** A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, 20% para os demais auxiliares previstos.
- 3.2** Quando uma equipe realizar mais de um procedimento em um mesmo ato cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento em que está previsto o maior número de auxiliares.
- 3.3** O fato de estar previsto um determinado número de auxiliares de cirurgia na tabela de honorários não significa que a cobrança será devida à equipe cirúrgica ou no intercâmbio. A valorização para remunerar os médicos cirurgiões auxiliares depende da sua efetiva participação no ato cirúrgico, devidamente documentado.

4.0 ANESTESIOLOGIA

4.1 - Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em indicadores de A a Z, conforme as indicações do quadro abaixo:

Indicador	UTM
A	128
B	150
C	180
D	220
E	250
F	280
G	320
H	350
I	400
J	450
K	500
L	550



M	600
N	650
P	700
Q	750
R	850
S	950
T	1150
U	1300
V	1500
W	1700
X	1935
Y	2380
Z	2670

4.2 O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica indicada para o ato cirúrgico, que compreende todos os procedimentos envolvidos na sua realização, incluindo acessos venosos periféricos, instalação de controles e equipamentos necessários ao monitoramento dos parâmetros vitais indicados à complexidade de cada ato cirúrgico/anestésico. O ato anestésico inclui, ainda, todas as formas de entubação, anestesia e analgesia e o controle dos mecanismos de manutenção ventilatória, a administração de drogas e outros métodos voltados à segurança anestésico-cirúrgica, encerrando-se com a recuperação do paciente em sua capacidade de autonomia para alta hospitalar em procedimentos ambulatoriais ou para retornar ao leito de internação.

4.2.1 Nos casos em que haja indicação de seguimento em UTI por motivos clínicos ou de cuidados pós-operatórios, o ato anestésico se encerra na admissão do paciente na UTI.

4.3 Procedimentos passíveis de serem realizados com inclusão de ato médico anesthesiológico em atos terapêuticos ou diagnósticos não previstos:

4.3.1 Quando, por motivos técnicos, o ato anestésico for realizado por médico anesthesiologista em procedimentos sem a previsão de anestesia, a valorização dos procedimentos anestésicos deverá ocorrer nos seguintes códigos TUSS abaixo indicados:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	INDICADOR ANESTÉSICO
31602231	Anestesia para endoscopia diagnóstica	B
31602240	Anestesia para endoscopia intervencionista	E
31602258	Anestesia para exames radiológicos de angiorradiologia	E



31602266	Anestesia para exames de ultrassonografia	B
31602274	Anestesia para exames de tomografia computadorizada	C
31602282	Anestesia para exames de ressonância magnética	E
31602290	Anestesia para procedimentos de radioterapia	E
31602304	Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimentos diagnósticos	B

4.3.2 Para os procedimentos abaixo relacionados em que não há previsão da indicação do ato anestésico, mas que por motivo técnico justificável indicar a necessidade de participação do anestesista, o código do procedimento será:

- 31602312 – Anestesia para procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares não especificados com quantificação de 128 UTMs (indicador anestésico A).
- Nesse caso não deverá solicitar autorização à Unimed Origem. Para procedimentos classificados como Racionalização, a cobrança desse honorário deve ser justificada em conta. Para os procedimentos classificados como Baixo Risco não há necessidade de justificativa em conta.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
20104049	Cateterismo vesical em retenção urinária
20104057	Cauterização química vesical
30312132	Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada
30307147	Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico
20104065	Cerúmen – remoção (unilateral)
20104073	Crioterapia (grupo de até 5 lesões)
20104081	Curativos em geral com anestesia, exceto queimados
20104090	Curativo de extremidades de origem vascular
20104111	Dilatação uretral (sessão)



20104154	Instilação vesical ou uretral
20104316	Curativo de ouvido (cada)
20104324	Curativo oftalmológico
30101018	Abrasão cirúrgica (por sessão)
30102022	Biópsia de pele
30102030	Biópsia de tumores superficiais
30102049	Biópsia de tecido celular subcutâneo
30102057	Biópsia de linfonodo superficial
30101085	Biópsia de unha
30101093	Calosidade e/ou mal perfurante – desbastamento (por lesão)
30101107	Cauterização química (por grupo de até 5 lesões)
30101212	Curativo de queimaduras – por unidade topográfica (UT) ambulatorial
30101247	Curetagem e eletrocoagulação de CA de pele (por lesão)
30101255	Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 5 lesões)
30101263	Dermoabrasão de lesões cutâneas
30101298	Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões)
30101352	Epilação por eletrólise (por sessão)
30101484	Exérese de unha
30101506	Exérese tangencial (shaving) ≠ (por grupo de até 5 lesões)
30101514	Expansão tissular (por sessão)
30101620	Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício
30101638	Incisão e drenagem de flegmão



30101646	Infiltração intralesional, cicatricial/hemangiomas – por sessão
30101662	Matricectomia por dobra ungueal
30101735	Retirada de corpo estranho subcutâneo
30101794	Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento
30101840	Tratamento da miíase furunculoide (por lesão)
30101930	Abscesso de unha (drenagem) – tratamento cirúrgico
30101948	Cantoplastia ungueal
30101956	Unha (enxerto) – tratamento cirúrgico
30201012	Biópsia de lábio (com diretriz definida pela ANS nº 83)
30201055	Excisão em cunha
30201063	Frenotomia labial
30202027	Biópsia de boca (com diretriz definida pela ANS nº 81, 87 e 91)
30202159	Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão (com diretriz definida pela ANS nº 51)
30203015	Frenotomia lingual
30203031	Biópsia de língua (com diretriz definida pela ANS nº 84)
30205085	Cauterização (qualquer técnica) por sessão
30212120	Punção-biópsia de pescoço
30301017	Abscesso de pálpebra – drenagem
30301025	Biópsia de pálpebra
30301122	Epilação
30303028	Biópsia de conjuntiva
30303044	Infiltração subconjuntival



30304091	Fotoablação de superfície convencional – PRK (com diretriz definida pela ANS nº 13)
30304105	Delaminação corneana com fotoablação estromal –LASIK (com diretriz definida pela ANS nº 13)
30312051	Infusão de gás expansor
30501059	Biópsia de nariz
30501113	Epistaxe – cauterização (qualquer técnica)
30501164	Epistaxe – tamponamento anterior
30501547	Fratura de osso próprio de nariz – tratamento conservador
30601231	Fratura luxação de esterno ou costela – redução incruenta
30601304	Fratura de costela ou esterno – tratamento conservador
30601312	Osteomielite de costela ou esterno – tratamento conservador
30602025	Coleta de fluxo papilar de mama
30602068	Drenagem e/ou aspiração de seroma
30709024	Tração cutânea
30711010	Imobilizações não gessadas (qualquer segmento)
30711029	Imobilização de membro inferior
30711037	Imobilização de membro superior
30712017	Áxilo-palmar ou pendente
30712025	Bota com ou sem salto
30712033	Colar
30712041	Colete
30712050	Cruro-podálico
30712068	Dupla abdução ou Ducroquet



30712084	Inguino-maleolar
30712092	Luva
30712106	Minerva ou Risser para escoliose
30712114	Pelvipodálico
30712122	Spica-gessada
30712130	Tipo Velpeau
30712149	Toracobraquial
30713030	Biópsias percutânea sinovial ou de tecidos moles
30713137	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem
30713145	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem
30715121	Fratura de coluna sem gesso – tratamento conservador
30715253	Punção liquórica
30715407	Fratura de coluna com gesso – tratamento conservador
30717086	Fratura de cintura escapular – tratamento conservador
30717175	Fratura de clavícula ou escápula – tratamento conservador
30718066	Fratura de úmero – tratamento conservador
30719070	Fratura de cotovelo – tratamento conservador
30720087	Fratura de antebraço – tratamento conservador
30721130	Fratura de punho – tratamento conservador
30721172	Fraturas do carpo – tratamento conservador
30722039	Abscessos de dedo (drenagem) – tratamento cirúrgico
30722349	Fratura de falanges – tratamento conservador



30722357	Fratura de Bennett – redução incruenta
30722373	Fratura de osso da mão – tratamento conservador
30722381	Fratura de metacarpião – tratamento conservador
30722403	Fraturas de falanges ou metacarpianos – redução incruenta
30722420	Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) – redução incruenta
30722446	Fraturas e/ou luxações de metacarpianos – redução incruenta
30722764	Roturas do aparelho extensor de dedo – redução incruenta
30722900	Roturas do aparelho extensor de dedo – tratamento conservador
30723035	Fratura da cintura pélvica – tratamento conservador
30723094	Fratura de pelve sem aparelho pelve-podálico – tratamento conservador
30723108	Fratura e/ou luxação de anel pélvico – tratamento conservador
30723116	Fratura ou disjunção ao nível da pelve – tratamento conservador com gesso
30723124	Fratura ou disjunção ao nível da pelve – tratamento conservador sem gesso
30725178	Fêmur – descolamento epifisário de extremidades superior – tratamento conservador com gesso
30725186	Fêmur – descolamento epifisário de extremidades superior – tratamento conservador sem gesso
30725194	Fratura de extremidade superior do fêmur ou cavidade cotiloide – tratamento conservador com gesso
30725208	Necrose asséptica da cabeça femoral – tratamento conservador
30726085	Fratura de joelho – tratamento conservador
30726174	Lesões ligamentares agudas – tratamento incruento



30727103	Fratura de osso da perna – tratamento conservador
30727197	Fratura de dois ossos da perna – tratamento conservador
30728096	Fratura de tornozelo – tratamento conservador
30728134	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo – tratamento incruento
30729114	Exérese ungueal
30729130	Fratura de osso do pé – tratamento conservador
30729262	Rotura do tendão de Aquiles – tratamento incruento
30730023	Biópsia de músculo
30730163	Lesão ligamentar aguda – tratamento conservador
30731259	Rotura de tendão de aquiles – tratamento conservador
30801044	Punção traqueal
30804116	Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)
30907071	Fulguração de telangiectasias (por grupo)
30914124	Punção biópsia ganglionar
31003206	Colocação de sonda enteral
31004059	Criptectomia (única ou múltipla)
31004091	Excisão de plicoma
31004180	Hemorroidas – ligadura elástica (por sessão)
31004199	Hemorroidas – tratamento esclerosante (por sessão)
31004229	Lesão anal – eletrocauterização
31004237	Papilectomia (única ou múltipla)
31004318	Trombose hemorroidária – exérese
31004334	Esfincterotomia – ânus



31103405	Punção e aspiração vesical
31203086	Punção vaginal
31206050	Eletrocoagulação de lesões cutâneas
31301029	Biópsia de vulva
31301037	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vulva (por grupo de até 5 lesões)
31301088	Exérese de lesão da vulva e/ou do períneo (por grupo de até 5 lesões)
31302017	Biópsia de vagina
31302130	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vagina (por grupo de até 5 lesões)
31303021	Biópsia do colo uterino
31303196	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões de colo uterino (por sessão)
31403026	Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos
31403301	Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas
31602070	Bloqueio anestésico simpático
31602118	Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares
31303374	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal – remoção
31303382	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal – remoção
30101859	Tratamento de anomalias pilosas a laser/photoderm – por sessão
30101905	Tratamento de lesões cutâneas e vasculares a laser/photoderm (por sessão)
41301110	Cordocentese



41301056	Biópsia do vilo corial
----------	------------------------

4.3.3 Os procedimentos abaixo relacionados, em nenhuma hipótese, estão vinculados ao ato anestésico:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
20104103	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados
20104529	Aplicação de contraceptivo hormonal injetável (com diretriz definida pela ANS – nº 154)
20201133	Acompanhamento médico na litotripsia extracorpórea
20202067	Monitorização da pressão intracraniana (por dia)
30205093	Corpo estranho de faringe – retirada em consultório
30402018	Aspiração auricular
30402042	Corpos estranhos, pólipos ou biópsia – em consultório
30403103	Paracentese do tímpano – miringotomia, unilateral – em consultório
30501083	Corpos estranhos – retirada em consultório (nariz)
30715342	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)
30905060	Perfusionista – em procedimentos cardíacos
30906164	Cateterismo da artéria radial – para PAM
30907152	Varizes – ressecção de colaterais com anestesia local em consultório/ambulatório
30909023	Hemodiálise contínua (12h)
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão)
30909139	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 12 horas
31309097	Maturação cervical para indução de abortamento ou de trabalho de parto



31402038	Tampão sanguíneo peridural para tratamento de cefaleia após punção (não indicada na profilaxia da cefaleia)
31501028	Retirada para transplante – córnea
31602185	Estimulação elétrica transcutânea (com diretriz definida pela ANS nº 24)
40402037	Sangria terapêutica
40710017	Sessão médica para planejamento técnico de radioisotopoterapia
31602010	Analgesia controlada pelo paciente – por dia subsequente
40102122	pH-metria gástrica de 24 horas com quatro canais
40102130	pH-metria esofágica de 24 horas com quatro canais
40308340	Mononucleose, sorologia para (Monoteste ou Paul-Bunell), cada
40308413	Paracoccidiodomicose, anticorpos totais / IgG - pesquisa e/ou dosagem
40308529	Anticorpos antipneumococos
40308553	Anti transglutaminase tecidual - IgA
40308901	Acetilcolina, anticorpos bloqueador receptor
40310604	Antifungigrama
40311473	Teste de concentração urinária após DDAVP
40311503	Pesquisa de sulfatídeos e material metacromático na urina
40313026	Ácido delta aminolevulínico desidratase (para chumbo inorgânico) - pesquisa e/ou dosagem
40319130	Hemoglobina fetal, dosagem
40319318	Análise de multímeros para pacientes com doença de Von Willebrand
40319326	Protrombina, pesquisa de mutação (com diretriz definida pela ANS - nº 61)
40323404	Hepatite E - IgM/IgG
40323897	Anticorpos antidifteria
40323900	Anticorpos antitetano
40323919	Teste rápido para detecção de HIV em gestante
40402150	Unidade de concentrado de granulócitos
40403017	Acompanhamento hospitalar/dia do transplante de medula óssea por médico hematologista e/ou hemoterapeuta (com diretriz definida pela ANS - nº 70 e nº 71)
40403777	TMO - determinação de HLA para transplantes de medula óssea - loci DR e DQ (baixa resolução) (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40403912	Estimulação e mobilização de células CD34 positivas (com diretriz definida pela ANS - nº 70 e nº 71)



40403920	Determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco no sangue do receptor
40403939	Doação autóloga com recuperação intra-operatória
40403947	Doação autóloga peri-operatória por hemodiluição normovolêmica
40403955	Doação autóloga pré-operatória
40403963	Exames imunohematológicos em recém-nascidos: tipificação ABO e RH, pesquisa de D fraco RH(D) e prova da antiglobulina direta
40403971	Imuno-hematológicos: tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários
40403980	Investigação da presença de anti-A ou anti-B, em soro ou plasma de neonato, com métodos que incluam uma fase antiglobulínica
40403998	Tipificação ABO, incluindo tipagem reversa no sangue do receptor (sem tipagem reversa até 4 meses de idade)
40404030	Antigenemia para diagnóstico de CMV pós transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404048	Avaliação quimerismo - VNTR - doador - pré transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404056	Avaliação quimerismo - VNTR - paciente - pré transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404064	Avaliação quimerismo por STR - paciente - pós transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404072	Coleta de linfócitos de sangue periférico por aférese para tratamento de recidivas pós TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404080	Controle microbiológico da medula óssea no TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404099	Controle microbiológico das células tronco periféricas no TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404129	PCR em tempo real para diagnóstico de EBV - pós transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404137	PCR em tempo real para diagnóstico de Herpes virus 6 - pos transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404145	PCR em tempo real para diagnóstico de Herpes virus 8 - pos transplante (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404170	Quantificação de CD14 da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)



40404188	Quantificação de CD19 da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404196	Quantificação de CD3 da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404200	Quantificação de CD3 da coleta de linfócitos para tratamento de recidivas pós TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404218	Quantificação de CD4 da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404226	Quantificação de CD8 da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404234	Quantificação de leucócitos totais da coleta de células tronco periféricas para TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404242	Quantificação de leucócitos totais da Medula Óssea no TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404269	Viabilidade celular dos linfócitos periféricos por citometria de fluxo para tratamento das recidivas pós TCTH alogênico (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404277	Viabilidade celular da medula óssea por citometria de fluxo após o descongelamento (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40404285	Viabilidade celular das células tronco periféricas por citometria de fluxo após o descongelamento (com diretriz definida pela ANS - nº 70)
40601242	Procedimento diagnóstico em amputação de membros - causa oncológica
41301013	Angiofluoresceinografia - monocular
41301030	Avaliação órbito-palpebral-exoftalmometria - binocular
41301072	Campimetria manual - monocular
41301080	Ceratoscopia computadorizada - monocular
41301102	Colposcopia (cérvix uterina e vagina)
41301129	Curva tensional diária - binocular
41301153	Estéreo-foto de papila - monocular
41301170	Avaliação de vias lacrimais (Teste de Schirmer) - monocular
41301188	Exame a fresco do conteúdo vaginal e cervical
41301200	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular
41301218	Exame micológico - cultura e identificação de colônia
41301226	Exame micológico direto (por local)
41301242	Gonioscopia - binocular



41301250	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) - monocular
41301269	Microscopia especular de córnea - monocular
41301277	Oftalmodinamometria - monocular
41301285	Peniscopia (inclui bolsa escrotal)
41301307	Potencial de acuidade visual - monocular
41301315	Retinografia (só honorário) monocular
41301323	Tonometria - binocular
41301331	Tricograma
41301340	Urodinâmica completa
41301358	Urofluxometria
41301366	Visão subnormal - monocular
41301374	Vulvosopia (vulva e períneo)
41301463	Triagem auditiva neonatal/infantil
41301471	Teste do reflexo vermelho em recém nato (teste do olhinho)
41401212	Teste de glicerol (com audiometria tonal limiar pré e pós)
41401220	Teste de glicerol (com eletrocoeleografia pré e pós)
41401239	Teste de Hilger para paralisia facial
41401263	Teste de prótese auditiva
41401271	Teste de sensibilidade de contraste ou de cores - monocular
41401301	Teste provocativo para glaucoma - binocular
41401476	Testes vestibulares, com prova calórica, com eletrônístagmografia
41401484	Testes vestibulares, com prova calórica, sem eletrônístagmografia
41401492	Testes vestibulares, com vecto-eletrônístagmografia
41401654	Teste de fluxo salivar
41501012	Biometria ultrassônica - monocular
41501047	Dopplermetria dos cordões espermáticos
41501063	Investigação ultrassônica com registro gráfico (qualquer área)
41501071	Investigação ultrassônica com teste de stress e com registro gráfico
41501080	Investigação ultrassônica com teste de stress e sem registro gráfico
41501098	Investigação ultrassônica com teste de stress em esteira e com registro gráfico
41501101	Investigação ultrassônica sem registro gráfico (qualquer área)
41501128	Paquimetria ultrassônica - monocular

4.3.4 Para os procedimentos não citados no item 4.3.2, em que não há previsão da indicação do ato anestésico, mas que por motivo técnico justificável, apresentado previamente pelo médico assistente, for indicada a necessidade de participação do anestesista, a valorização dos procedimentos se fará da seguinte forma:



- para procedimentos diagnósticos deverá ser remunerado pelo indicador 'B' vinculado a codificação 31602304 Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimentos diagnósticos.
- para procedimentos terapêuticos deverá ser remunerado pelo indicador 'E' vinculado a codificação 31602355 Anestesia realizada pelo anesthesiologista para as situações de imperativo clínico.

4.3.4.1 Nesses casos deverá ser solicitado autorização prévia à Unimed Origem, com a justificativa do médico assistente. Só cabe remuneração do anestesista para procedimentos não citados no item 4.3.2 se sua participação for previamente solicitada e autorizada, não cabendo cobrança se for solicitado por guia complementar. A cobrança está condicionada à evidência de utilização de insumos que justifiquem a participação do anestesista. Nas situações excepcionais em que houver necessidade o anestesista durante o ato diagnóstico ou terapêutico poderá ser solicitado por guia complementar.

4.3.4.2 Quando um procedimento realizado pelo cirurgião não tiver previsão de indicador anestésico, mas este procedimento for realizado junto com outro(s) procedimento(s) que prevê(em) indicador anestésico, o anestesista poderá receber pelo procedimento sem indicador anestésico, mesmo que não conste no item 4.3.2. Para tal deverá lançar o código 31602312 para tantos quantos forem os procedimentos nessa condição, desde que realizado junto com procedimento com previsão de indicador anestésico, e respeitando-se as regras de vias de acesso.

4.4 Valor da anestesia para procedimentos odontológicos:

4.4.1 Para remuneração dos honorários do anestesista que por imperativo clínico, necessitem de suporte hospitalar, deverá ser utilizado o procedimento 31602347 – Anestesia realizada pelo anesthesiologista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos – indicador anestésico "F". Poderá ser cobrado no máximo 2 x.

4.5 Nas regras acima descritas, a possível valorização do ato anestésico está condicionada à sua execução em ambiente próprio para a possível realização de anestesia geral e preparado para assistência de intercorrências que necessitem de ressuscitação cardiopulmonar, bem como a existência de ambiente de recuperação pós-anestésica tecnicamente adequado.

4.6 Havendo três ou mais procedimentos com indicadores anestésicos que estiverem adequados para remuneração no seu conjunto, eles deverão ser colocados em ordem de valor original decrescente. O procedimento de maior valor (original) será remunerado em 100%, o segundo valor original na ordem decrescente será 50% se for na mesma via ou 70% se for via diferente, o terceiro valor original na ordem decrescente será 40% independente da via de acesso. Se houver um quarto procedimento ele será estipulado em 30% independente da via de acesso. Havendo um quinto ou mais procedimentos a ser remunerado eles serão 10%, independente da via de acesso.



- 4.7** Os procedimentos Acesso venoso central por punção (código 30913012), Cateterismo arterial para PAM (código 30906164), 31602207 Instalação de bomba de infusão para analgesia em dor aguda ou crônica, por qualquer via (quando destinado a instalação de bomba de PCA) e 31602223 Passagem de catéter peridural ou subaracnóideo com bloqueio de prova quando realizados pelo mesmo profissional (anestesista), no mesmo momento, considerando vias diferentes, cabe o pagamento de acordo com a regra de percentualização descrita no tópico anterior.
- 4.8** Para os atos anestésicos das cirurgias de alta complexidade, tais como transplantes, cirurgias com presença de Circulação Extracorpórea (CEC), procedimentos de neonatologia cirúrgica e quando houver justificativa técnica, o anestesiológista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um colega auxiliar anestesiológista, sendo-lhe atribuído a valorização correspondente a 30% dos valores pagos ao anestesiológista titular.
Para gastroplastia com obesidade mórbida, poderá ser cobrado desde que haja justificativa técnica.
- 4.9** A avaliação pré-anestésica realizada em dia(s) anterior(es) no consultório ou ambulatório deverá ser remunerada em valores iguais aos da consulta em consultório.
- 4.10** A avaliação pré-anestésica realizada em paciente internado nas situações de urgência em que não houve possibilidade de avaliação em consultório e realizada na unidade de internação, será remunerada em valor igual ao da visita hospitalar.
- 4.11** A avaliação ou reavaliação pré-anestésica realizada no ambiente do centro cirúrgico na mesma data da cirurgia é parte integrante dos honorários pagos aos procedimentos anestésicos do ato cirúrgico ou diagnóstico.
- 4.12** Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares – Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos valores dos procedimentos correspondentes aos códigos TUSS: 31602045, 31602061, 31602070, 31602088, 31602096, 31602100, 31602118, 31602126, 31602134, , 31602177, 31602185, 31602223.
- 4.13** Os procedimentos 31602169 - Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide, 31602096 Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local, 31602223 Passagem de catéter peridural ou subaracnóideo com bloqueio de prova e 31602339 Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor crônica, foram precificados na coluna honorário médico com o mesmo valor do anestesista, sendo que só cabe a cobrança de apenas um honorário ao anestesista, não podendo ser utilizado para outro profissional médico.
- 4.14** O ato anestésico para o procedimento 31309038 – Assistência ao trabalho de parto, por hora (até o limite de 6 horas) não deverá ser considerado se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após a primeira hora, além do parto (via baixa ou cesariana), remunera-se a assistência, com indicador anestésico “D”, exclusivo do anestesiológista, não cabendo a cobrança de honorários anestésicos pelo obstetra. Deverá



ser pago por hora quando feito na técnica de cateter peridural, não cabendo pagamento por outra técnica / limitado a 1h se utilizada outra técnica.

4.15 O procedimento 31603017 – Atendimento médico do plantonista em sala de recuperação pós-anestésica geral ou pediátrica, por paciente, por hora (até 6 horas) está incluso na taxa de sala de recuperação anestésica do hospital.

4.16 Percentualização do honorário do anestesista para serviços auxiliares de diagnóstico (SADT) – A remuneração do ato anestésico para os procedimentos exclusivamente diagnósticos será limitada até três procedimentos, com manutenção da percentualização de vias de acesso. A decisão cabe para conjunto de procedimentos exclusivamente diagnósticos.

5.0 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO

5.1 Nos valores atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos, já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta médica acrescida da imobilização realizada.

5.2 Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá um novo código de cobrança, que será valorado com observância da presente classificação.

5.3 Para o tratamento clínico em regime de internação, havendo indicação técnica para tal, assim como qualquer outra área de atuação da medicina, o médico será remunerado no critério da visita hospitalar.

5.4 Procedimentos de vídeo terão as seguintes regras:

5.4.1 Nas cirurgias videoartroscópicas acima referidas, quando houver a necessidade de ser operada por indicação técnica adequada mais de uma estrutura da articulação, os procedimentos intra-articulares poderão ser associados para efeitos de valorização do ato operatório até um limite de três por articulação efetivamente realizada. Essas associações estarão sujeitas às regras estabelecidas no anexo I, que trata das cirurgias valorizadas em códigos múltiplos.

5.4.2 Os procedimentos extra articulares que poderão ser associados com procedimentos intra-articulares desta lista, respeitada a adequada indicação técnica e os protocolos indicados no anexo I, seguirão as mesmas regras de cálculos percentuais utilizadas para os procedimentos múltiplos gerais indicados no item 2.1.14 e 2.1.17.

5.4.3 Quando o código do procedimento solicitado é um procedimento de técnica aberta (convencional) em um contexto de cirurgia artroscópica e há codificação videoartroscópica equivalente e/ou com regramento, não cabe remuneração dos procedimentos solicitados por técnica aberta.



5.5 A reconstrução do ligamento anterolateral (LAL) pode ser remunerada pela codificação 30726182 Lesões ligamentares agudas - tratamento cirúrgico (joelho), ou 30726190 – Lesões ligamentares periféricas crônicas do joelho – tratamento cirúrgico, associado a reconstrução ou revisão do ligamento cruzado anterior com instabilidade rotacional nas seguintes situações:

- Atleta de alto desempenho;
- Menor de 16 anos e;
- Revisão de reconstrução do ligamento cruzado anterior

Observação: Estas regras não se aplicam a reconstrução de LCM ou LCL. As codificações agudas e crônicas são remuneradas até uma vez por cirurgia para os ligamentos colaterais e LAL, e são excludentes entre si.

6.0 OBSERVAÇÕES REFERENTES AOS TRATAMENTOS DAS QUEIMADURAS

(códigos: 30101212, 30101220, 30101239, 30101280 e 30101387)

6.1 Por unidade topográfica (UT), compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano, existem 11 UTs: cabeça e pescoço, cada um dos membros superiores, face anterior do tórax, face posterior do tórax, abdome, nádegas (da cintura à raiz da coxa), cada uma das coxas, cada um dos conjuntos de perna e pé. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

6.1.2 Por definição, é considerada lesão em área nobre/especial queimaduras nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge uma estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso). Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemoral, joelho, tornozelo. Não há acréscimo de UT para áreas nobres, podendo ser considerado acréscimo de 30% ao valor final quando a queimadura atingir qualquer área nobre. O honorário médico do curativo para queimadura está incluso no desbridamento.

6.2 Número de auxiliares de cirurgia necessários nesses procedimentos:

- 1 UT – não comporta auxílio cirúrgico
- 2 a 3 Uts – 1 auxiliar
- 4 ou mais Uts – 2 auxiliares

6.3 Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico. Nos procedimentos que necessitem de revisões ou outros atos cirúrgicos complementares, cada um será considerado como um novo ato cirúrgico.

6.4 Para outros tipos de intervenção envolvendo especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento, serão atribuídos os códigos de acordo com o ato praticado.



7.0 CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

- 7.1 Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.
- 7.2 As codificações em que estão previstas a forma de remuneração em mais de um código estão ilustradas no anexo I (um).

8.0 CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA (31205070)

- 8.1 A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.
- 8.2 O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 14.443/22 e somente 60 dias depois da manifestação de vontade.
- 8.3 A manifestação de vontade deve estar devidamente registrada em prontuário.
- 8.4 O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

9.0 PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

- 9.1 A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e, consequentemente, classificação de risco do paciente, está incluída na valorização de cada procedimento.
- 9.2 A consulta deverá ser paga somente quando dela resultar a suspensão do procedimento por motivo de quadro clínico impeditivo, o qual foi diagnosticado pelo médico endoscopista.
- 9.3 A consulta não deverá ser paga por motivos técnicos de equipamento, não observância do preparo do paciente e falhas na agenda.
- 9.4 Nos valores dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração desses atos obedecerá as regras de percentualização estabelecidas pelo Comitê de Valorização dos Honorários ou pelo Colégio Nacional de Auditores.
- 9.5 Os valores dos procedimentos endoscópicos já preveem a realização pela técnica videoendoscópica.
- 9.6 Os valores e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos que se completam com exames de imagem não incluem os valores que deverão ser remunerados a esses exames.
- 9.7 Para pacientes internados por motivos clínicos ou cirúrgicos, os valores dos procedimentos endoscópicos intervencionistas terapêuticos obedecerão ao previsto ao pagamento da acomodação privativa no que tange aos honorários médicos, não se aplicando aos custos operacionais ou às possíveis taxas envolvidas.
- 9.8 Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto nas regras de acréscimo de honorários em função dos horários de execução dispostos igualmente aos



procedimentos cirúrgicos. Nesses casos, não estão incluídos os atendimentos eletivos, mesmo que ocorram nesse intervalo de horários.

- 9.9** Quando houver a necessidade técnica do anestesiologista nos atos médicos endoscópicos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao valor estabelecido pela quantidade de UTMs no código 31602231 e, quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao valor estabelecido pela quantidade de UTMs no código 31602240.

9.10 Polypectomia e mucosectomia

- 9.10.1** A polipectomia nos procedimentos endoscópicos se refere à ressecção excisional de pólipos, entendendo-se como a ressecção total da lesão com documentação no anatomopatológico. A sua remuneração será baseada na confirmação de “exérese de pólipo” pelo laudo do exame de anatomopatológico.
- 9.10.2** A técnica de infiltração do pedículo e/ou elevação da submucosa, realizada por opção do médico endoscopista, é parte integrante da técnica já fazendo parte da remuneração da polipectomia.
- 9.10.3** A mucosectomia será remunerada nas ressecções de lesões superficiais e/ou pólipos com superfície da base ressecada com no mínimo 20 mm, em bloco único ou fragmentos, confirmado pelo laudo do anatomopatológico. No cólon, além das lesões malignas, é pertinente a sua indicação em lesões espalhadas ou de crescimento lateral tipo LST. Dessa forma considera-se a devida margem para ressecção de tais lesões.
- 9.10.4** Assim como na polipectomia, a infiltração do pedículo e/ou elevação da submucosa e/ou hemostasia após a retirada fazem parte da técnica do procedimento, não sendo remuneradas com a cobrança de código específico. A hemostasia com clip pode ser remunerada nas seguintes condições:
- a) Como tratamento de sangramento do TGI devido úlcera péptica e lesão de Mallory-Weiss, lesão de Dieulafoy. Em locais de difícil acesso como pequena curvatura, parede posterior do bulbo duodenal e cárdia outros métodos devem ser considerados como primeira abordagem (cauterização, infiltração) e em casos persistentes há possibilidade de colocar o clip.
 - b) Como método inicial para correção de fístulas e nos quadros agudos de perfuração, antes que ocorra contaminação da cavidade peritoneal.
 - c) Prevenção de sangramento pós-polipectomia no paciente anticoagulado, ou em áreas desnudas com 1 ou mais centímetros, pós-polipectomia e mucosectomia ou pólipos grandes com intercorrências de sangramento não controlados por outros meios.
 - d) Na fixação de sondas e tubos em situações específicas.



- 9.10.5** Colonoscopias com biópsia e endoscopia digestiva alta com biópsia, assim como outras endoscopias associadas exclusivamente às biópsias, são consideradas procedimentos diagnósticos.
- 9.10.6** Quando cabível e tecnicamente adequado, na possível indicação de dois procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos, a remuneração do médico endoscopista assistente será 100% para os dois exames.
- 9.10.7** Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos pela mesma via de acesso, a remuneração do anestesta será de 100% para o primeiro e 50% para o segundo.
- 9.10.8** Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos por vias diferentes: a remuneração do anestesta será de 100% e 70%.
- 9.10.9** Para pólipos de até 5 mm não displásicos, a remuneração se dá pelo código de colonoscopia + biópsia.
- 9.10.10** Para pólipos maiores que 5 mm ou displásicos, o código é de polipectomia, independentemente da realização com uso de pinça de biópsia ou alça de polipectomia.
- 9.10.11** Na endoscopia digestiva alta, o critério é o mesmo em função do aumento das “polipectomias” de pólipos de fundo gástrico ou hiperplasia folicular no fundo gástrico.
- 9.10.12** O código de mucosectomia é autorizado para ressecções de lesões com “ilhas” de mucosa, confirmada com a imagem do laudo e anatomopatológico, independentemente de ser realizado levantamento por infiltração da submucosa (“lift”), técnica usada tanto para polipectomias como mucosectomias.
- 9.10.13** Nos procedimentos endoscópicos intervencionistas, onde há necessidade no concurso do anestesta auxiliar justificada tecnicamente, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal.

10.0 BUCOMAXILOFACIAL

10.1 Os procedimentos de “Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial” e “Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial”, serão valorizados para a remuneração da equipe cirúrgica pelo código 30101913 – TU partes moles – exérese.

10.2 Referente à Diretriz de Utilização 97 (sutura de ferida na região bucomaxilofacial), os códigos utilizados por similaridade serão:

30101786 – Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento

30101794 – Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

10.3 Osteotomia tipo Le Fort I (30208050)



Contempla as osteotomias e suas respectivas fixações de maxila para determinação da perfeita oclusão. Remunerável 1x por cirurgia ortognática.

Para os casos de atresia transversal de maxila, a osteotomia segmentada da maxila pode ser feita previamente (30208157), ou durante a cirurgia ortognática (30208041), e serve para tratamento da deformidade transversal (mordida cruzada). A mordida cruzada precisa ser documentada pelas fotos que constam do estudo cefalométrico completo.

Nas osteotomias para avanço rápido da maxila para detratores, o Le Fort segmentado é remunerado preferencialmente pela codificação 30208157, ou por 30208041.

Nas cirurgias ortognáticas, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas

30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas

30208068 – Osteotomia tipo Le Fort II

30208076 – Osteotomia tipo Le Fort III – extracraniana

30215048 – Reconstrução craniana ou craniofacial

30732026 – Enxerto ósseo

30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante

O procedimento 30713072 Retirada do enxerto ósseo, somente deverá ser remunerado se houver retirada do enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico.

Casos sindrômicos, como dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

10.4 Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo (30208025)

A mandíbula é um osso único e a codificação que remunera a sua simetrização, avanços e recuos, independentemente do número de osteotomias e fixações para os fins de tratamento de prognatismo, micrognatismo e laterognatismo também. Essa codificação é remunerável em quantidade 1x por cirurgia.

A osteotomia para a mentoplastia é feita praticamente em todas as cirurgias e, de acordo com a nova lista referencial dos honorários, está inclusa em 30209021 – Osteoplastias de mandíbula, respeitados a complexidade do ato, o risco e o tempo do procedimento efetivamente realizado.

Nas cirurgias ortognáticas, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas

30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas

30209021 – Osteoplastias de mandíbula

30208106 – Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo

30208114 – Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo

30732026 – Enxerto ósseo

30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante



O procedimento 30713072 Retirada do enxerto ósseo, somente deverá ser remunerado se houver retirada do enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico.

Casos sindrômicos, como dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

10.5 30208157 – Osteotomia da mandíbula e/ou maxila com aplicação de osteodistrator ou 30208041 – Osteotomias segmentares da maxila ou malar (com diretriz definida pela ANS nº 144)

As osteotomias para a expansão rápida da maxila, realizada como único ato, ou como prévia de uma ortognática (tempos cirúrgicos distintos), para o tratamento de mordida cruzada (atresia de maxila), usando-se distratores dentais ou ósseos, é remunerada preferencialmente por 30208157, ou por 30208041, uma vez por cirurgia. A mordida cruzada precisa ser documentada pelas fotos que constam do estudo cefalométrico completo.

Como cirurgia ortognática, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

- 30208050 – Osteotomia tipo Le Fort I
- 30208025 – Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo
- 30209021 – Osteoplastias de mandíbula
- 30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas
- 30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas
- 30208106 – Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo
- 30208114 – Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo
- 30208068 – Osteotomia tipo Le Fort II
- 30208076 – Osteotomia tipo Le Fort III – extracraniana
- 30215048 – Reconstrução craniana ou craniofacial
- 30732026 – Enxerto ósseo
- 30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante

O procedimento 30713072 Retirada do enxerto ósseo, somente deverá ser remunerado se houver retirada do enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico.

Casos sindrômicos, como dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

10.6 Osteotomias crânio-maxilares complexas (30208084)

Essa codificação não se aplica às cirurgias ortognáticas, podendo ser uma que substitui várias outras codificações de ortognática, em pacientes com dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentadas. O relaxamento de regramento é mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

10.7 Cirurgia reparadora e funcional da face



30208017 – Artroplastia para luxação recidivante da articulação temporomandibular
30208149 – Tratamento cirúrgico ou artroplastia para luxação da articulação temporomandibular por artroscopia

Ambos os códigos são cobertos e utilizados para tratamento de luxação e devidamente valorados. Nesse caso, não caberia a solicitação do código 30713153 – Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial, sendo excludente.

Existe atualmente hiper indicação do procedimento, sendo que existem outras patologias associadas, como a própria deformidade dentofacial ortognática, que exigem tratamento prévio. Na existência de divergência técnica, cabe a instauração de junta desempatadora. De acordo com o Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, a indicação de tratamento segue o regramento da Tabela de Wilkes quando existe comprometimento do disco articular nos graus III e IV, sem recaptura do disco visível na RNM.

Materiais especiais já devidamente estabelecidos no Manual de OPME – Conforme ofício respondido pela ANS, as próteses conhecidas como customizadas não possuem cobertura em virtude de a confecção tridimensional não estar coberta nem listada no anexo I da RN 465/21.

11.0 REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS

11.1 Os honorários dos reimplantes e revascularizações dos membros incluem os procedimentos das microanastomoses vasculares, as osteossínteses, tenorrafias, neurorrafias e o tratamento de tegumento cutâneo.

12.0 CIRURGIA VASCULAR, ENDOVASCULAR, CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, NEUROENDOVASCULAR

As regras abaixo definidas para a tabela referencial de honorários médicos Unimed aplicam-se aos procedimentos da cirurgia vascular pela via aberta convencional, aos procedimentos endovasculares, bem como aos da cardiologia intervencionista e neuroendovascular.

Observação: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi valorizada de tal forma que os procedimentos intervencionistas endovasculares tiveram inclusas as angiografias como parte integrante do procedimento principal.

12.1 Utilização de ultrassom (US) para punção venosa ou arterial ecoguiada: as punções arteriais e venosas têm seus honorários estabelecidos independentemente da sua técnica, ecoguiada ou não. A eventual utilização do equipamento ecográfico deve estar prevista na composição das taxas de sala contratadas com hospitais ou clínicas.

12.2 A radioscopia diagnóstica (40811018) e a radioscopia para acompanhamento de procedimentos cirúrgicos (40811026) só podem ser cobradas por profissional da área de imagem, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Não é devido para o cirurgião, pelo acompanhamento radiológico ser parte integrante da cirurgia. Não há impedimento que a radioscopia seja feita pela equipe cirúrgica, porém



essa será parte integrante do procedimento principal. Quanto a utilização dos equipamentos, os custos operacionais de radioscopia ou raio-X terão suas taxas remuneradas de acordo com o contratado dos serviços hospitalares.

- 12.330906164** – Instalação de Pressão Arterial Média Invasiva: o acesso à artéria radial ou outra periférica no propósito da aferição da pressão arterial média (PAM), mesmo quando ocorrer no mesmo ato de outros procedimentos cirúrgicos, deverá ser remunerado apenas ao profissional que realizou o procedimento, seja cirurgião ou anestesista. Não há previsão de honorário anestesiológico para esse procedimento.
- 12.4** A remuneração de instalação de PAM deverá ser feita por via arterial exclusiva distinta da via arterial em que se realiza a cirurgia.
- 12.5** Cateter venoso central ou similar (códigos TUSS 30913012/40813231): para fins de acesso venoso central (intracath ou similar), mesmo em ato concomitante a outros procedimentos cirúrgicos, a remuneração caberá apenas ao profissional que realizou o procedimento, seja médico cirurgião ou anestesista. Não há previsão de honorário anestesiológico para esse procedimento.
- 12.6** Cobrança de arterioplastia femoral profunda para o acesso femoral aberto em cirurgia endovascular: todo procedimento intervencionista endovascular já tem previsão de acesso por punção ou por dissecação. Os valores dos procedimentos intervencionistas foram valorizados de forma a se considerar qualquer possibilidade de acesso. Não há previsão de remuneração separada pela atividade de via de acesso na realização do procedimento.
- 12.7** Angiografias em procedimentos intervencionistas: as angiografias no intraoperatório são atos integrantes do procedimento intervencionista principal. Portanto, para efeitos de remuneração, todas as angiografias previstas para o procedimento intervencionista estão inclusas na quantificação de UTM's do procedimento principal, sejam elas angiografias pré-procedimento, posicionamento, intraoperatória, ramo primário ou secundário. No caso de uma intercorrência gerar necessidade de um outro procedimento intervencionista, suas respectivas angiografias também estarão inclusas nesse novo procedimento.
- 12.8** Remuneração de auxiliares em angiografias: as angiografias exclusivamente diagnósticas devem remunerar apenas o cirurgião, sem remuneração prevista para auxílio cirúrgico. As angiografias no intraoperatório, seja em cirurgia vascular aberta, seja em cirurgia endovascular (intervencionista), são realizadas pela equipe: enquanto um cirurgião manipula o equipamento intravascular, outro(s) cirurgião(ões) manipula(m) os cateteres e demais materiais de angiografia. Como estão inclusas no porte dos procedimentos endovasculares intervencionistas, as angiografias previstas nos procedimentos intervencionistas não podem também ser cobradas pelos demais membros da equipe. A exceção é o caso de uma intercorrência não associada ao sítio cirúrgico, que demande a realização de angiografias. Nessa rara situação, em que se remunera a angiografia ao cirurgião, os auxiliares e anestesista devem também ser remunerados. No caso de cirurgia aberta, na eventualidade de necessitar de angiografias intraoperatórias, estes exames deverão ser remunerados a toda a equipe.



- 12.9** Termo “qualquer técnica” nos códigos TUSS de cirurgias pela via aberta para os procedimentos que iniciam com o código 3090: para fins de valorização remuneratória, os códigos do grupo 3090 da TUSS não devem ser utilizados para codificação de cirurgias realizadas pela via endovascular, independentemente que esteja registrado o termo “qualquer técnica” em sua descrição. Cirurgias realizadas pela técnica endovascular, para efeitos de remuneração, tem excluidências estabelecidas em procedimentos vasculares pela via aberta (e vice-versa), na sua forma de remuneração no Sistema Unimed. Um código do grupo 3090 só pode ser utilizado para procedimento endovascular se não houver codificação que possa descrevê-lo, com os códigos específicos de procedimento intervencionista endovascular (grupos TUSS 4081 ou 3091).
- 12.10** Forma de valorização de endarterectomia carotídea (30906199): a bifurcação carotídea é um segmento que inclui sua extensão para carótida comum, interna e externa. Portanto, não cabe cobrança múltipla para cada artéria que participa da bifurcação. O terço médio e o proximal da carótida comum são segmentos independentes, cabendo remuneração individual quando em exame de imagem pré-operatório for constatada a necessidade de tratamento destes segmentos (aplicadas as vias de acesso).
- 12.11** Cobrança concomitante de implante de stent e angioplastia: a valorização em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de forma que o implante de stent em um segmento inclui a realização das angioplastias pré e pós-implante (desse mesmo segmento), não permitindo cobranças separadas das angiografias (inclusive na cardiologia intervencionista). No caso de ser realizada, de forma concomitante, angioplastia de outro segmento arterial (que não o do stent) e nesse outro segmento não houver implante de stent, caberá a remuneração dessa angioplastia, respeitando-se as regras gerais na forma de valorização (via de acesso), considerada a indicação técnica adequada.
- 12.12** Cobrança concomitante embolização e angioplastia com stent divisor de fluxo: o implante de stent divisor de fluxo, por si só, não caracteriza embolização. A embolização será caracterizada quando houver indicação técnica adequada com a devida utilização de material embolizante, sendo que, somente nessas situações, caberá a valorização da embolização. Assim como citado no item anterior, uma vez cobrado o implante de stent, não cabe a valorização de eventual angioplastia, pois, nesses casos, a remuneração já está inclusa no procedimento principal.
- 12.13** Procedimentos relacionados à trombólise: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de tal forma que os procedimentos 30912113 – Infusão seletiva intravascular de enzimas trombolíticas e 40814025 – Trombólise medicamentosa arterial ou venosa, por vaso serão remunerados em uma 1 vez (um ou outro) por acesso vascular.
- 12.14** Retirada percutânea de corpo estranho intravascular: a remuneração dos procedimentos para retirada de corpo estranho em vasos (arterial ou venoso) aplica-se à retirada cirúrgica de objeto completamente inserido em um vaso. Não é cabível sua



cobrança no caso de retirada de intracath, portocath, permecath, filtro de veia cava ou qualquer dispositivo intravascular de introdução intencional ou terapêutica. No caso de retirada de filtro de veia cava inferior em outro tempo cirúrgico específico, é adequado o uso da codificação de forma isolada.

- 12.15** Trombectomia mecânica venosa: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de tal forma que, para efeitos de valorização, será computado por acesso proximal ou distal ao trombo, e não por vaso. Os procedimentos endovasculares periféricos (ou neuroendovasculares) de rotação e aspiração de trombos e/ou êmbolos remuneram o cirurgião pelo código 40813401 Aterectomia percutânea orientada por RX.
- 12.16** Embolização de artéria uterina (40813746): a quantificação em UTMs da lista referencial Unimed foi elaborada de tal forma incluir todas as eventuais angiografias necessárias e, também, eventuais angioplastias, bem como a abordagem da artéria uterina contralateral. A embolização da artéria uterina é remunerada somente 1 x por procedimento, porque o tratamento é a embolização do mioma.
- 12.17** Valvuloplastia ou interposição de segmento valvulado venoso: o procedimento destina-se à correção do refluxo venoso. Não cabe a valorização associada às fistulas arteriovenosas para hemodiálise.
- 12.18** Fístula arteriovenosa nos membros (30908094): o procedimento é destinado à correção de fistula AV nos membros, seja congênita ou adquirida, não cabendo a cobrança para confecção ou desativação de fistula arteriovenosa para hemodiálise.
- 12.19** Fístula arteriovenosa – com enxerto (30908027): considerando-se que a confecção de prótese arteriovenosa para hemodiálise não possui uma codificação TUSS específica, poderá ser utilizado o procedimento Fístula arteriovenosa – com enxerto (código TUSS 30908027) para efeitos de sua valorização, embora esse código tenha sido destinado à correção de fistula AV nos membros, congênita ou adquirida.
- 12.20** Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada (toracotomia): para feitos de valorização, o procedimento serve apenas para quando a instalação for realizada em vigência de toracotomia.
- 12.21** Código 30905087 – Manutenção de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE) é permitida a cobrança de no máximo 1x por dia, nas primeiras 48h. Após estará incluso na visita. Em ambiente ambulatorial poderá ser remunerado até 1x a cada 30 dias, não excludente com a consulta médica.
- 12.22** 30911028 – Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)
O FFR é o atual padrão diagnóstico para avaliação funcional da gravidade da lesão em pacientes com estenose de grau intermediário (tipicamente em torno de 40-70%^{1,2}), sem evidência de isquemia em teste não invasivo ou em pacientes com doença multiarterial. Em um contexto ambulatorial, se constatada lesão moderada à cineangiocoronariografia (CATE), o paciente deverá ser encaminhado a submeter-se à estratificação isquêmica não invasiva, caso não a tenha realizado.

Caso:



- A estratificação não invasiva seja proibitiva (com a contraindicação apontada previamente pelo médico assistente, ambulatorialmente) e seja solicitado cateterismo de forma direta em paciente sintomático.
OU
- A estratificação não invasiva já tenha sido realizada, com resultado negativo ou inconclusivo e paciente sintomático, pode-se indicar a FFR no mesmo momento do CATE na presença de lesões intermediárias.

Considera-se como lesão hemodinamicamente significativa:

$$\text{iFR} < 0,89 \text{ OU } \text{FFR} < 0,8$$

Para realização de procedimento, há a necessidade de um único cateter independentemente do número de artérias avaliadas.

Orientações para auditoria

Regras gerais:

- Não está indicado o procedimento para estudo de lesões $\geq 70\%$.
- Não está indicado para estudo de lesões de tronco de coronária esquerda.
- O simples fato de se avaliar de forma observacional uma estenose encontrada em uma cineangiocoronariografia não justifica a cobrança deste código 30911028 como procedimento.
- As diretrizes consideram o FFR e o iFR como equivalentes¹.

Indicação em casos agudos:

- Há indicação de aferição de FFR/iFR em casos agudos (angina instável ou infarto sem supra de ST) quando a cineangiocoronariografia (CATE) exhibe lesão moderada (40-70%) e há dúvidas quanto ao prejuízo funcional dessa lesão.
- Para fins de autorização nos casos agudos, é imprescindível que o laudo exiba o gradiente de pressão pré/pós-estenose (neste caso, no momento da autorização, o paciente já foi submetido ao procedimento). A Unimed executora deve fazer essa checagem com dados de prontuário, pois se questionada no Intercâmbio, poderá sofrer glosa. Quando questionado, o auditor da Unimed executora deverá inserir tal informação.

Indicação em casos eletivos:

Nos exames eletivos, pode-se indicar o procedimento FFR/iFR durante o CATE quando:

- CATE eletivo exhibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi positiva para isquemia
- CATE eletivo exhibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi contraindicada

Obs. 1: o FFR/iFR não deve ser autorizado efetivamente de rotina, pois sua indicação irá depender dos achados do CATE. As condições para solicitação prévia são:

- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial positiva para isquemia OU



- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial contraindicada.
- Se CATE realizado de forma ambulatorial exibir lesão intermediária (40-70%) por paciente sintomático estável, na ausência de estratificação isquêmica não invasiva, ou exame inconclusivo ou negativo.

Obs. 2: o FFR pode ser indicado em mais de uma artéria, desde que cada uma se enquadre nas condições acima e nenhuma outra tenha estenose $\geq 70\%$.

Obs. 3: na presença de uma lesão coronariana $\geq 70\%$, não está indicada neste momento aferição de FFR/iFR para investigação de lesões concomitantes moderadas (40-70%).

12.23 30911028 (Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções) e 30911141 (Estudo por imagem intravascular e/ou intracavitário do coração)

a) Estes procedimentos serão remunerados em quantidade 01 (um), independentemente da quantidade de vasos estudados.

b) Não são excludentes com cineangiocoronariografia concomitante (“30911079 - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia” ou “30911052 Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio”), mas deve-se observar nessas Instruções Gerais em que condições é pertinente realizar 30911028 junto com o estudo cineangiográfico diagnóstico. Se o paciente realizou o CATE sem prova isquêmica não invasiva prévia e foi constatada lesão intermediária (40-70%), o paciente deverá ser encaminhado a submeter-se à estratificação isquêmica não invasiva, caso não a tenha realizado. Se precisar retornar para 30911028, o CATE diagnóstico não será cobrado novamente.

12.24 A colocação cirúrgica do cateter de longa permanência (tipo portocath para QT e tipo permecath para hemodiálise) deverá ser remunerada no código 30913101 – Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou hemodepuração.

12.25 Para os casos de cateteres colocados por punção para as finalidades NPP, QT, hemodepuração (cateteres tipo Shilley) ou para infusão de soros/drogas, deverão ser remunerados pelos códigos:

30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hHemodepuração ou para infusão de soros/drogas
40813231	Colocação de cateter venoso central

12.26 40814220 – Trombectomia no acidente vascular cerebral AVC isquêmico agudo
Os códigos descritos abaixo estão contemplados no valor do honorário médico do procedimento 40814220, ou seja, não podem ser cobrados concomitantemente:

40812030	Angiografia por cateterismo NÃO seletivo de grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso



40812057	Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal – por vaso
40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento
40812073	Angiografia pós-operatória de controle

O procedimento 40814220 foi valorado de forma a incluir a necessidade de angioplastias, stents, trombólises e/ou embolizações, quando necessárias. Dessa forma, tais códigos não devem ser cobrados em associação ao 40814220 para tratamento do sítio do AVC isquêmico agudo.

12.27 Nos procedimentos de estudo, mapeamento e ablação em eletrofisiologia cardíaca, estão inclusos as angiografias e os cateterismos diagnósticos realizados.

12.28 Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP): São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2, 3, 4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4 mm), também são passíveis de tratamento cirúrgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1.

- Classe 0 - Não apresenta doença venosa;
- Classe 1 - Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm);
- Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm);
- Classe 3 - Classe 2 + Edema;
- Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose;
- Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;
- Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.

12.29 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos

Em hemodinâmica aplicam-se integralmente as regras de vias de acesso e remuneração de auxiliares, descritas nessas instruções gerais - Classe 0 - Não apresenta doença venosa;

12.30 30911052 - Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio

Embora não expressa no texto do procedimento, a ventriculografia faz parte do estudo cineangiográfico e está inclusa no procedimento 30911052, quando indicada - Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm);

12.31 30912296 (Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica – TAVI)

- a) Procedimento condicionado a Diretriz de Utilização Terapêutica (DUT).
- b) Os Códigos 40902072 (Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) (1a hora)) e 40902080 (Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) – por hora suplementar), não são excludentes com 30912296.



c) O procedimento é realizado de forma percutânea. Contudo, quando for necessário a realização de acesso cirúrgico, por via transaórtica ou transapical, deve-se observar, para fins de remuneração, as regras de vias de acesso constantes nessas Instruções Gerais e as regras de remuneração para equipes distintas, quando for o caso. Caso seja realizado por via femoral ou subclávia, suas respectivas vias de acesso estão inclusas no porte do procedimento principal, não cabendo remuneração à parte por tais acessos.

d) O código 30912245 (Valvoplastia percutânea por via arterial ou venosa), não pode ser utilizado em adição ao Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica, sendo então excludente com 30912296.

12.32 Para valoração e precificação dos procedimentos fica aqui estabelecido que as diferentes Artérias Coronárias são:

- a) Artéria Coronária Direita (CD);
- b) Ramo Descendente Posterior da Coronária Direita (DPCD);
- c) Ramo Ventricular Posterior da Coronária Direita (VPCD);
- d) Ramo Marginal da CD (MgCD);
- e) Tronco de Coronária Esquerda (TCE);
- f) Artéria Descendente Anterior (DA);
- g) Artéria Diagonalis (Dgls);
- h) Ramo Diagonal (Dg) podendo existir mais de uma;
- i) Artéria Circunflexa (Cx);
- j) Ramo Marginal da Circunflexa (MgCx); podendo existir mais de um;
- k) Ramo Ventricular Posterior da Circunflexa (VPCx);
- l) Ramo Descendente Posterior da Circunflexa (DPCx).

12.33 30912032 - Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent

Múltiplos Vasos fica definido como o tratamento de 2 (dois) ou mais vasos, desde que não formem bifurcação ou não seja Tronco da Coronária Esquerda (TCE).- Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;

12.34 30912261 - Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent

a) Angioplastia de Bifurcação será considerada quando for utilizado 2 (duas) cordas guias simultaneamente para vasos que formem bifurcação, seja com intenção de tratamento ou intenção de proteção do ramo secundário, sendo que esta orientação não se aplica para Angioplastia de Tronco da Coronária Esquerda (para configurar Angioplastia de Tronco não há necessidade de utilizar 2 cordas guias simultaneamente).



b) Poderá ser multiplicado pelo número de bifurcações tratadas, porém fica vetada a associação com o código 3.09.12.03-2 (Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent) quando for incluído o código de bifurcação mais do que 1 vez. O termo bifurcação aplica-se às bifurcações verdadeiras (lesões ostiais) e não se aplicam às lesões perióstiais.

c) O porte do procedimento 30912261 foi definido de forma a contemplar as indispensáveis angioplastias que se fizerem necessárias e, evidentemente o implante do stent. Portanto, os códigos 30912105 (Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)) ou 30912032 (Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent) ou 30912040 (Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso)) estão inclusos em 30912261 se estiverem referindo-se à mesma lesão.

12.35 30912180 - Recanalização arterial no IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-aórtico), 30912261 - Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent e 30912032 - Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent

Embora a descrição do procedimento não cite o uso do balão, o porte do procedimento inclui a necessidade das indispensáveis angioplastias pré e/ou pós implante de stent. Dessa forma, o código 30912040 (Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso)) é excludente com 30912180, 30912261 e 30912032 para a mesma lesão. Havendo regra para o conjunto, não se remunera cada ato que o compõe. Assim, considerando a bifurcação o conjunto, não se deve remunerar os vasos que compõem a bifurcação sob a denominação de "múltiplos vasos".

12.36 30912180 - Recanalização arterial no IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-aórtico e 30912199 - Recanalização mecânica do IAM (angioplastia primária com balão)

a) Serão sempre precedidos de algum código do Grupo de Procedimentos Diagnósticos 30911001 (Cardiologia Intervencionista – Procedimentos Diagnósticos).

b) o procedimento angioplastia primária (com ou sem stent, com ou sem balão) refere-se ao tratamento de emergência na vigência de uma indicação de angioplastia primária de emergência. Não basta haver uma prescrição médica de emergência. Para que se caracterize uma angioplastia primária no Infarto Agudo do Miocárdio, a situação deverá se encaixar nas indicações para uma angioplastia primária:

- IAM com supra de ST
- IAM com BRE novo
- Angioplastia de resgate (angioplastia pós trombólise mal-sucedida, sem critérios de reperfusão)
- IAM com BRE antigo com critérios de Sgarbossa
- SCA sem supra ST com sinais de instabilidade hemodinâmica



- IAM em critério de dor refratária (tendendo a hipotensão ao receber terapêutica para a dor)
- Síndrome de Wellens
- Padrão de De Winter

Embora os padrões de Wellens e De Winter não configurem de fato um infarto do miocárdio, são situações de infarto iminente, onde se justifica semelhante intervenção de emergência. Da mesma forma, a síndrome coronariana aguda (SCA) sem supra de ST, com instabilidade hemodinâmica (choque cardiogênico, arritmias ventriculares, edema agudo de pulmão, dor refratária) mesmo na ausência de elevação de marcadores de necrose miocárdica, tem indicação de intervenção em nível de emergência, pois tais alterações são decorrentes do regime de isquemia e comportam risco elevado de mortalidade imediata.

- c) 30912180 – o porte de “angioplastia primária com stent” já contempla a intervenção em bifurcação quando necessária. Portanto, o código 30912261 está incluso no mesmo.
- d) Se houver indicação de tratamento de outros vasos que não o culpado, incluir o código utilizado para este outro vaso: 30912261 (Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent), 30912105 (Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)), 30912032 (Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent) – se forem vários vasos além da artéria culpada – ou 30912040 (Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso)). Os novos vasos citados estão sujeitos às mesmas regras de exclusão assinaladas nos itens anteriores.
- e) De acordo com o quadro clínico pode estar indicada a inclusão do código 30904099 (Implante de marca-passo temporário à beira do leito). A aspiração de conteúdo trombótico intracoronário não é remunerada à parte, pois é ato integrante da recanalização primária. O procedimento “emboloterapia” não deve ser cobrado para aspiração de trombos, pois emboloterapia é procedimento de oclusão vascular terapêutica.
- f) A aspiração de conteúdo trombótico intracoronário não é remunerada à parte, pois é ato integrante da recanalização primária. O procedimento “emboloterapia” não deve ser cobrado para aspiração de trombos, pois emboloterapia é procedimento de oclusão vascular terapêutica.

12.37 30912270 - Aterectomia rotacional, direcional ou extracional, com ou sem angioplastia por balão, com ou sem implante de stent:

- a) Esse procedimento é referente ao tratamento de um vaso, devendo ser multiplicado pelo número de vasos tratados por este método. Se houver lesão(ões) concomitante(s) em outros vasos, não tratada por 30912270, poderão ser cobrados concomitantemente os respectivos códigos de tratamento. Contudo, deve-se observar que se o procedimento 30912270 for cobrado em quantidade 2 em uma bifurcação (02 vasos), naturalmente o



procedimento 30912261 (Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent) é excludente para esta bifurcação.

b) Se houver mais uma lesão a ser tratada, além da(s) lesão(ões) tratada(s) por 30912270, poderão ser utilizados 30912105 (Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)) ou 30912040 (Angioplastia transluminal percutânea por balão - 1 vaso), este quando envolver o tratamento de outro vaso apenas com balão. O código 30912032 (Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent) só poderá ser utilizado se houver mais de uma lesão a ser tratada além da(s) lesão(ões) tratada(s) por 30912270.

c) Serão excludentes, para a(s) mesma(s) lesão(ões), tratadas por 30912270 os códigos 30912105, 30912261, 30912032 e 30912040.

12.38 30904099 - Implante de marca-passo temporário à beira do leito:

Quando utilizado associado a um procedimento principal (por ex., Cateterismo cardíaco ou Angioplastia coronária) sua valoração está sujeita a aplicação de vias de acesso, lembrando que o acesso venoso configura outra via de acesso.

12.39 Nos procedimentos terapêuticos, cuja descrição contempla a expressão “com ou sem” (‘com ou sem stent’, ‘com ou sem angioplastia’ etc), havendo necessidade da abordagem o procedimento citado como ‘com ou sem’ está naturalmente incluso no procedimento que o citou. Por exemplo:

a) Referente ao código 30912270 - Aterectomia rotacional, direcional ou extracional, com ou sem angioplastia por balão, com ou sem implante de stent: o implante de stent e a angioplastia, mesmo quando necessários, estão inclusos no porte do procedimento principal, para a mesma lesão.

b) Referente ao código 30912091 - Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia: a angioplastia, mesmo quando necessária, está inclusa no porte do procedimento principal, para a mesma lesão.

c) Referente ao código 30912105 - Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso): a angioplastia, mesmo quando necessária, está inclusa no porte do procedimento principal, para a mesma lesão.

d) Referente ao código 30912180 - Recanalização arterial no IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-aórtico): a colocação do balão intra-aórtico, mesmo quando necessária, está inclusa no porte do procedimento principal.

13.0 INSTRUÇÕES GERAIS PARA OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS RELACIONADOS À ENDOMETRIOSE

13.1 Conceitos



O tratamento cirúrgico da endometriose pode ser indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes e resistentes ao tratamento medicamentoso. Estão bem indicados casos de endometriomas (ovários) e/ou quando a patologia exerce distorções na anatomia das estruturas pélvicas por aderências firmes, além de obstrução do trato intestinal ou urinário.

Exceção a endometriomas, a endometriose profunda infiltrativa (EPI) tem uma efetiva indicação cirúrgica terapêutica.

O que caracteriza uma endometriose peritoneal infiltrativa profunda é a infiltração dos focos endometrióticos por mais de 5mm, causando inflamações e aderências firmes, capazes de gerar as alterações anatomofuncionais na cavidade, responsáveis pela dor ou infertilidade.

Focos de endometriose superficiais podem ser alvo de biópsias diagnósticas ou cauterizações.

As cirurgias terapêuticas para tratamento da endometriose podem ser classificadas em:

- **Cirurgia conservadora:** envolve destruição dos focos de endometriose e remoção de aderências, com consequente tentativa de restauração da anatomia pélvica.
- **Cirurgia definitiva:** envolve a retirada de útero, com ou sem salpingooforectomia (de acordo com a idade da paciente). Indicada quando há doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora (recidiva), existência de outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e não há mais o desejo de gestação. A histerectomia, com ou sem anexectomia, não desqualifica ou substitui a lise de aderências e o restabelecimento da anatomia, mas a abordagem de lesões retais e/ou de septo é muito discutível, pensando na relação risco-benefício nessa situação.

13.2 Forma de remuneração do procedimento diagnóstico:

13.2.1 Cirurgia diagnóstica que apresente endometriose simples ou superficial

Para efeitos de remuneração da cirurgia, aberta ou laparoscópica, para fins de diagnósticos com ou sem biópsia associada sem que venha a ser feito qualquer procedimento terapêutico em sequência, as codificações TUSS cabíveis serão:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31009174 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão

b) Para cirurgias realizadas pela via de acesso laparoscópica:

31009352 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia

Nesses casos de cirurgia diagnóstica em que não for realizada a cauterização dos focos de endometriose, não caberá a inclusão dos códigos TUSS 31307043 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico ou 31307183 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico via laparoscópica para fins de remuneração.

13.3 Tratamento cirúrgico de endometriose simples ou superficial

O tratamento cirúrgico de endometriose simples ou superficial por cauterização ou exérese de focos de endometriose não infiltrativos será valorizado conforme indicado abaixo. Da mesma forma, na cirurgia para fins de diagnósticos (com ou sem biópsia) em que venha a ser realizado



na decorrência do procedimento cirúrgico terapêutico de cauterização ou exérese de focos de endometriose não infiltrativos, a laparotomia passa ser considerada a via de acesso. Nesses casos, o código TUSS para fins e remuneração passará a ser:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:
31307183 Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica ou
31307280 - Endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica

Obs.: nos casos de focos de endometriose superficiais, não caberá para fins de remuneração, a inclusão dos procedimentos:

31307124	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica
31307256	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica via laparoscópica.

13.4 Cromotubagem

Para fins de remuneração, na existência de endometriose peritoneal e se houver, concomitantemente, justificativa técnica para a investigação de infertilidade, cabe associação com o código abaixo:

31307060	Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem)
----------	--

Obs.: nesses casos, são excludentes para fins e remuneração os seguintes procedimentos:

31009174	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
31009352	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
31307078	Liberação de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoniais ou salpingólise
31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise

13.5 Endometriose ovariana

Na existência de endometriose peritoneal simples/superficial e, concomitantemente, se houver endometriomas ovarianos com indicação técnica de exérese do endometrioma, para efeitos de valorização dos honorários, o procedimento a ser utilizado deverá ser:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
31305016 – Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

b) Para cirurgias realizadas pela via de acesso laparoscópica:



31305032 – Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

13.6 Endometriose profunda infiltrativa

Para os casos de endometriose profunda infiltrativa (infiltrada mais de 5mm no peritônio), a codificação para a sua remuneração nas cirurgias terapêuticas conservadoras ou definitivas serão as citadas abaixo:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
31307299 - Endometriose profunda - tratamento cirúrgico (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:
31307299 - Endometriose profunda - tratamento cirúrgico (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)

E conforme ajustes de remuneração do procedimento, incluem ureterólise unilateral ou bilateral apesar da terminologia.

13.7 Outros sítios com endometriose profunda infiltrativa

Nos casos em que, além da existência de endometriose profunda infiltrativa, infiltrada mais de 5mm no peritônio, existir outros sítios comprovados por documentação prévia, confirmado pelo anatomopatológico, para fins de remuneração, será computada a associação de outro código, conforme descrito a seguir:

- Endometrioma ovariano

Na existência de endometrioma ovariano com indicação cirúrgica tecnicamente adequada, associado à endometriose peritoneal infiltrativa, para fins de remuneração dos honorários médicos, deverão ser associados ao código 31307043 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico os seguintes procedimentos:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
31305016 – Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:
31305032 – Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

13.8 Nas situações de cirurgias de endometriose profunda infiltrativa, quando a investigação de infertilidade for justificada tecnicamente, caberá a valorização do procedimento 31307060 – Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem) associada aos códigos de endometriose.

Obs.: nesses casos, são excludentes para fins de remuneração os seguintes procedimentos:

31009174	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
----------	--



31009352	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
31307078	Liberação de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoniais ou salpingólise
31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise

13.9 Compartimento posterior

A endometriose infiltrativa do compartimento posterior está, quase sempre, associada à lesão em manto ou placa de região retrocervical.

13.9.1 Região retrocervical

Refere-se à lesão em placa/manto que se localiza na região retrocervical e pode se infiltrar para baixo (septo e vagina) ou para trás (saco de Douglas, tórus e ligamentos uterossacros, reto/sigmoide).

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307280 - Endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307299 - Endometriose profunda - tratamento cirúrgico (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)

13.10 Vagina e septo retovaginal

Há lesões que se infiltram até o septo retovaginal, mais de 4 a 5 cm a partir da região retrocervical, podendo infiltrar também o fórnice vaginal. Existe raramente as chamadas adenomioses externas, que seriam a formação de lesões endometrióticas isoladas (não infiltrativas) no septo retovaginal.

a) Para as lesões que exigem tecnicamente a ressecção da parede vaginal e/ou septo (ressecadas todas as camadas da parede vaginal), quando documentada por anatomopatológico, permite acrescer a codificação de Colpectomia, considerando a sua indicação técnica adequada.

31302025 Colpectomia – Esse procedimento deverá ser remunerado quando forem efetivamente ressecadas todas as camadas da parede vaginal.

b) Independente da infiltração ou não da vagina, quando a infiltração chega no septo (inclusive as adenomioses externas), para fins de remuneração, acata-se a codificação abaixo, desde que claramente documentadas por exames prévios, e comprovadas por anatomopatológico. Se cobrada, exclui codificação de colpectomia.

31306063 – Ressecção de tumor do septo retovaginal - Se não documentada previamente, as codificações de endometriose peritoneal, já contemplam a abordagem do fundo de saco e septo retovaginal. Todas as ressecções intestinais que abordem lesões baixas, demandam dissecação retovaginal.

13.11 Ligamento uterossacro (LUS)



Nos casos de lesões, geralmente derivadas da lesão de manto retrocervical, que se estendem pelo tórus, saco de Douglas e ligamentos uterossacros, documentado por exame prévio e/ou por anatomopatológico, para fins de remuneração, é cabível a associação aos códigos de endometriose, considerando a sua indicação técnica adequada, dos procedimentos:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
31307140 – Secção de ligamentos uterossacros
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:
31307272 – Secção laparoscópica de ligamentos uterossacros

13.12 Intestinos

Nos casos em que estiver tecnicamente indicada a retirada de lesões endometrióticas que se infiltram até a camada muscular da alça intestinal, em reto e/ou sigmoide, alças de delgado ou ainda de apêndice, para fins de remuneração, é cabível a associação aos códigos de endometriose, considerando a sua indicação técnica adequada, nas seguintes situações:

13.12.1 Apêndice cecal

Somente quando o apêndice cecal for retirado cirurgicamente e for confirmada a existência de sua infiltração endometriótica pelo anatomopatológico, os procedimentos para fins de remuneração serão:

Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31003079 – Apendicectomia (pela via aberta)

Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica

31003583 – Apendicectomia p/ videolaparoscopia

13.12.2 Lesões de delgado e/ou cólon, incluindo reto e sigmóide

Nas lesões que envolvem o intestino delgado e/ou cólon, incluindo reto e sigmoide, é fundamental uma análise técnica criteriosa de cada caso. Os seguintes fatores devem entrar na análise:

- multifocalidade
- distância da borda anal (se a lesão é retal)
- tamanho da lesão do manto retrocervical
- porcentagem da circunferência da alça acometida
- profundidade

Desses fatores, saem a indicação técnica do tipo de ressecção, que se estabelece basicamente em 4 possibilidades:

- Shaving: dissecção romba de serosa e muscular mais superficial
- Mucosal skinning: dissecção vai além da muscular, até submucosa
- Ressecção em disco: é de parede completa
- Ressecção segmentar: é de um segmento de alça

As lesões no reto podem se restringir à serosa ou adventícia, ou invadir a camada muscular da alça. Lesões sem invasão muscular da alça intestinal não justificam nenhum tipo de ressecção intestinal.



Lesões múltiplas e/ou com mais de 3 cm de extensão e/ou mais de 50% da circunferência da alça comprometida, geralmente, indicam ressecção segmentar da alça.

Lesões únicas, com menos de 3 cm, que acometem menos de 50% da circunferência, mas profundas, geralmente, vão justificar o que se chama de ressecção em disco ou a mucosal skinning, a qual é a ressecção da lesão até plano mucoso.

As ressecções shaving e mucosa skinning demandam fechamento seromuscular, que pode ser feito manualmente. As ressecções em disco podem ser feitas manualmente e, muito eventualmente, por grampeador endoanal.

Não se justificam grampeadores e cargas de ressecção segmentar para todas as ressecções em shaving ou mucosal skinning. Um grampeador circular, muito ocasionalmente, pode ser usado na ressecção em disco, podendo inclusive ser endoanal.

13.12.3 Formas de remuneração

Nos casos em que estiver presente a indicação técnica para terapia cirúrgica, deverá ser computada da seguinte forma:

a) Procedimentos realizados pelas técnicas:

- Shaving: dissecação romba de serosa e muscular mais superficial
- Mucosal skinning: dissecação vai além da muscular, até submucosa
- Ressecção em disco: é a ressecção de parede completa

Nesses casos, deverá ser utilizado um ou outro código abaixo descrito, para fins de remuneração, de acordo com o segmento ressecado:

31003320 – Enterotomia e/ou enterorrafia de qualquer segmento (por sutura ou ressecção)

31003230 – Colotomia e colorrafia

Obs.: independentemente se realizado pela técnica convencional ou Videolaparoscópica.

b) Procedimento realizado por técnica de ressecção:

Nos casos em que houver indicação técnica e o procedimento for realizado por ressecção intestinal, a remuneração deverá ser feita de acordo com os segmentos ressecados, os quais, deverão ser confirmados no anatomopatológico.

- 31003281 – Enterectomia segmentar nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo o código 3100367 – Enterectomia segmentar por videolaparoscopia ou:
- 31003176 – Colectomia parcial nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo o código 31003621 – Colectomia parcial por videolaparoscopia ou:
- 31003559 – Retossigmoidectomia abdominal nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo, o código 31003796 – Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia

13.13 Ureter



Nas cirurgias de compartimento posterior, faz parte da boa prática a identificação com dissecação dos ureteres e das artérias uterinas, sendo fase obrigatória do procedimento principal que é o tratamento da endometriose. Conforme a literatura, infiltrações ureterais acontecem em cerca de 10% dos casos de endometriose, e em 2% é bilateral.

A codificação 31102506 – Ureterólise laparoscópica unilateral para cirurgias videolaparoscópicas não tem cobertura.

Após análise e/ou ajustes de valores nas codificações de endometriose, estratificados conforme prevalência de literatura, fica deliberado que, para fins de remuneração, as codificações de ureterólise já estão contempladas em todas as codificações de endometriose.

13.14 Compartimento anterior

Para lesões infiltrativas, a ressecção de lesões em serosa uterina anterior (SUA) e reflexão peritoneal vésicouterina não têm codificação própria na TUSS, estando remunerada pela codificação principal abaixo indicada:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

b) Para cirurgias realizadas pela via videoendoscópica:

31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307280 - Endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307299 - Endometriose profunda - tratamento cirúrgico (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)

Obs.: Ligamento redondo (LR) – Os códigos do procedimento principal: 31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico (cirurgia aberta), ou 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica já contemplam a ressecção de lesões infiltrativas no ligamento redondo, bem como a eventual fixação, quando necessária (ligamentopexia).

13.15 Bexiga

Havendo lesões infiltrativas da parede vesical, para fins de remuneração, a sua retirada cirúrgica sem a ressecção de todas as camadas da parede já está sendo remunerada pela codificação principal (31307043 ou 31307183).

Nos casos em que houver a indicação técnica de ressecção de todas as camadas da parede, confirmada por anatomopatológico, ou seja, quando houver ressecção de um segmento da bexiga, caberá a associação dos procedimentos indicados abaixo:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31103065 – Cistectomia parcial (cirurgia aberta)

b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31103529 – Cistectomia parcial laparoscópica (cirurgia laparoscópica)

13.16 Cirurgia definitiva de Endometriose

Nas situações em que houver indicação técnica de cirurgia terapêutica definitiva para tratar cirurgicamente a endometriose, o que inclui a histerectomia total com ou sem anexectomia, para fins de remuneração, deverão ser utilizados os seguintes procedimentos:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:



31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

31303129 Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral qualquer via

b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307280 - Endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica ou 31307299 - Endometriose profunda - tratamento cirúrgico (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos) associado a 31303234 – Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral. Conforme regra específica de remuneração escalonada, quando há coexistência de codificações de histerectomias e endometrioses, a forma de remuneração é de 100% da codificação de endometriose e 50% da codificação da histerectomia. Em outras situações com codificações mais valoradas, a histerectomia fica sem a seguir da endometriose na escala de valorização.

13.17 31307299 – Endometriose profunda (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)

A remuneração da ureterólise e a abordagem de outros órgãos pélvicos obedece a mesma regra técnica e de remuneração do procedimento 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica e 31307280 - Endometriose - Tratamento Cirúrgico via laparoscópica.

A remuneração da ureterólise e a abordagem de outros órgãos pélvicos caberá quando houver justificativa técnica, conforme o protocolo vigente.

13.18 Todos os códigos de endometriose são excludentes entre si.

14.0 UROLOGIA

14.1 Os procedimentos endourológicos listados abaixo, inclusive para retirada de cálculos, foram valorizados de maneira que já contemplam a colocação do dreno de “duplo J”, quando necessários.

- 31102360 – Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral
- 31102379 – Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral
- 31102565 – Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral a laser
- 31102450 - Ureterotomia Interna ureteroscopica rigida unilateral
- 31102441 - Ureterotomia Interna ureteroscopica flexível unilateral
- 31102220 - Retirada endoscópica de cálculo de ureter unilateral

OBS: se houver indicação clínica de implante de duplo J no ureter contralateral, este não estará incluso no honorário dos procedimentos endourológicos ipsilaterais, podendo ser cobrado à parte (mesma via de acesso). Caso a intervenção endourológica contralateral traga a necessidade de outros procedimentos, o valor do implante de duplo J estará incluso no honorário, tais procedimento endourológicos, como regrado acima.

14.2 A dilatação do ureter, quando necessária para a extração do cálculo, é parte integrante da técnica de extração do cálculo. Para fins de remuneração, é considerada parte integrante do ato



operatório de retirada de cálculo. O tratamento do cálculo renal inclui a retirada dos fragmentos alvos da tripsia.

14.3 O procedimento 20201133 – Acompanhamento médico na litotripsia extracorpórea está valorizado no procedimento principal.

14.4 Cirurgia esterilizadora masculina – (31205070)

a) A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

b) O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade.

c) A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, deve estar devidamente registrada em prontuários.

d) O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

14.5 Recanalização dos ductus deferentes (microcirurgia)

O procedimento 31205038 Recanalização dos ductus deferentes (microcirurgia) não é coberto para reversão de vasectomia.

14.6 CIRURGIA ROBÓTICA

14.6.1 - 31201180 - Prostatovesiculectomia radical robótica (com diretriz de utilização nº 173) - Para a valoração do procedimento 31201180 – Prostatovesiculectomia radical robótica (com Diretriz de Utilização nº 173), foram utilizados como referência os valores atribuídos à técnica videolaparoscópica, com acréscimo de 15% sobre os honorários da equipe cirúrgica. Para garantir a adequada remuneração do anestesista nos procedimentos de prostatectomia e linfadenectomia, foi necessária a alteração do porte anestésico de V para X.

14.6.1.1 - O valor correspondente ao segundo auxiliar sempre será devido.

Na ausência de atuação direta, tal valor deverá ser incorporado aos honorários do primeiro auxiliar, em razão de sua disponibilidade para eventual intercorrência (cirurgia aberta).

14.6.1.2 - O procedimento 31201180 (Prostatovesiculectomia radical robótica) foi precificado incluindo o procedimento Linfadenectomia pélvica, ficando sua realização a critério do médico assistente, dessa forma o procedimento não poderá ser cobrando concomitantemente.

15.0 OFTALMOLOGIA

15.1 30309026 – Injeção retrobulbar – Podem ocorrer complicações locais e sistêmicas com o procedimento, como hemorragia retrobulbar, perfuração do globo ocular, oclusão da artéria central da retina, lesão do nervo óptico, estrabismo, entre outras. Tais complicações muitas vezes são graves, mas passíveis de resolução pelo oftalmologista. Já as complicações



sistêmicas, embora pouco frequentes, são graves e ameaçam a vida. Podem ocorrer parada cardiorrespiratória e a anestesia do tronco cerebral, que parece estar relacionada à injeção inadvertida do anestésico no interior de um vaso sanguíneo ou no espaço subdural.

Nesses casos, a presença do anestesiológico é a melhor escolha.

15.2 A consulta Oftalmológica padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia (com ou sem midríase), microscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

15.3 Tomografia de coerência óptica (OCT)

Quando uma tomografia de coerência ótica for realizada bilateralmente, remunera-se 100% do valor do procedimento e 70% do valor total para o segundo procedimento.

16.0 CIRURGIA GERAL

16.1 Hérnia umbilical em procedimentos intra-abdominais pela técnica videolaparoscópica

Considerando que a incisão umbilical é um passo necessário às cirurgias videolaparoscópicas para a introdução de trocar, como regra, não se reconhece a remuneração de inclusão da cobrança do procedimento 31009166 – Herniorrafia umbilical.

Em cirurgia de hérnia umbilical associada a outros procedimentos videolaparoscópicos, para remuneração do código 31009166 - Herniorrafia umbilical deverá haver a comprovação de anel herniário maior do que 1cm em exame de imagem.

16.2 Gastroplastia para obesidade mórbida com biópsia hepática

Nas cirurgias de gastroplastia para obesidade mórbida pela via aberta ou por laparoscopia, os procedimentos foram valorizados para fins de remuneração de forma a já deixar contemplada a possível realização de biópsia hepática.

16.3 Enucleação de metástases hepáticas

A forma de remuneração para a enucleação das metástases hepáticas será:

Os casos de exéreses de metástases de até dois nódulos metastáticos serão remunerados, nos procedimentos abaixo, conforme a sua técnica de retirada:

31005586 – Enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia

31005250 – Enucleação de metástases hepáticas

Nos casos de exéreses de metástases acima de dois nódulos metastáticos, será acrescentado aos procedimentos 31005586 ou 31005250, o procedimento 31005268 –Enucleação de metástases, por metástase, independentemente da via de acesso utilizada.

Nos casos de enucleação de outras metástases (não contíguas), será remunerada 50% para cada metástase.

O número de nódulos retirados deve estar descrito no relatório cirúrgico e compatível com a descrição da anatomopatologia.

16.4 Enterorrafias

Não está prevista a remuneração desse procedimento quando a sutura for inerente ao



procedimento principal, tais como: colectomias, fechamento de colostomia, enterostomias e outros cuja excisão cirúrgica do intestino e posterior anastomose é parte integrante na realização do procedimento.

Enterorrafias em mais de um segmento serão consideradas, para fins de remuneração, a partir do segundo segmento, sendo computadas em 50% da quantidade de UTMs referidas ao seu código TUSS.

Para fins de remuneração, os procedimentos de enterorrafias serão remunerados quando a sutura de anastomose ocorrer em todas as camadas da parede intestinal.

16.5 Plicoma anal

A exérese de plicomas anais serão remuneradas pelo número até o máximo de três plicomas retirados comprovados no anatomopatológico e na descrição do relatório cirúrgico.

Na realização da cirurgia de hemorroidectomia, a exérese de plicomas já é parte integrante do ato operatório.

16.6 Condilomatose anal

A remuneração prevista para condilomatose anal já inclui a exérese ou cauterização de toda a lesão.

16.7 Abdominoplastia pós-cirurgia bariátrica

A correção cirúrgica que envolve a parede abdominal, subcutâneo e pele após cirurgia bariátrica deverá ser remunerada pelo procedimento 30101972 – Abdominoplastia pós-bariátrica. Esse procedimento foi valorizado de forma a já estar previsto as correções cirúrgicas que envolvem: o excesso de pele, subcutâneo, da diástase de retos abdominais e de possíveis hérnias umbilicais ou epigástricas e onfaloplastia. Exceções: Hérnias umbilicais e/ou epigástricas com colo (anel herniário) maior que 2 centímetros.

Nas cirurgias não relacionadas a pós bariátricas, a correção do abdome em avental será pago pela codificação 30101271 - Dermolipectomia para correção de abdome em avental, podendo ser associado o código de diástase de retos quando necessário a correção da diástase e/ou hérnias da linha média com até 2 cm de colo.

As aferições de diástase e de colo de hernia são por exames de imagem prévio à cirurgia.

16.8 Cirurgia da hidrosadenite

A cirurgia da hidrosadenite será remunerada pelo procedimento 30101115 – Cirurgia da hidrosadenite (por região), que foi valorizado para ser remunerado independentemente do número de regiões operadas.

16.9 Cirurgia bariátrica revisional

Para qualquer cirurgia revisional, com ou sem critérios de DUT, por qualquer razão ou técnica, serão remunerados os seguintes procedimentos:

a) Quando realizada por vídeo

31002390 – Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia

31002048 – Degastrogastrectomia sem vagotomia

b) Quando realizada aberta (convencional)

31002218 – Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica (com diretriz definida pela ANS nº 27)



31002048 – Degastrogastrectomia sem vagotomia

Observações:

- 1- Cirurgia revisional não é tratamento de complicação (hérnia interna, fístula, obstrução...), não se aplicando o conceito e os pacotes nos primeiros 60 dias da bariátrica.
- 2- Se outros procedimentos forem realizados no mesmo ato, não ligados diretamente à revisão (ex. colecistectomia), estes podem ser normalmente agregados, conforme regras já vigentes.
- 3- O máximo de OPMEs é o já previsto nos pacotes de bariátrica.
- 4- Nas cirurgias revisionais, a DUT não serão critério de cobertura, sendo opção escolhida para fins de pagamento de procedimentos revisionais.
- 5- Serão consideradas as seguintes excludências:

5.1 – Quando realizada por vídeo

- 31002137 – Gastroenteroanastomose
- 31002358 – Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia
- 31003672 – Enterectomia segmentar por videolaparoscopia
- 31003680 – Enteroanastomose (qualquer segmento) por videolaparoscopia
- 31002307 – Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscopia
- 31002315 – Gastrectomia parcial com vagotomia por videolaparoscopia
- 31002323 – Gastrectomia parcial sem vagotomia por videolaparoscopia
- 31001360 – Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato) por videolaparoscopia
- 31001319 – Reintervenção sobre a transição esôfago-gástrica por videolaparoscopia
- 31009352 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
- 31002030 – Degastrogastrectomia com vagotomia
- 31002218 – Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica ABERTA (com diretriz definida pela ANS - nº 27)
- 31005675 – Biópsia hepática por videolaparoscopia

5.2 – Quando realizada aberta (convencional)

- 31002137 – Gastroenteroanastomose
- 31003290 – Enteroanastomose (qualquer segmento)
- 31003281 – Enterectomia segmentar
- 31002064 – Gastrectomia parcial com linfadenectomia
- 31002072 – Gastrectomia parcial com vagotomia
- 31002080 – Gastrectomia parcial sem vagotomia
- 31002145 – Gastrorrafia
- 31001262 – Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato)
- 31001149 – Reintervenção sobre a transição esôfago-gástrica
- 31002390 – Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia
- 31009174 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão



31002030 – Degastrogastrectomia com vagotomia

31005063 – Biópsia hepática por laparotomia (até 3 fragmentos)

16.10 Quando houver procedimento intervencionista realizado por ajuda de exame de imagem, o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago em separado. Exceto quando houver código específico para esse procedimento ou código já valorado conforme as regras vigentes.

16.11 Retalho expandido

O procedimento 30101964 Retalho expandido é procedimento secundário a expansão com uso prévio de expansor e não cabe cobrança com nenhum código associado a retalho.

16.12 Traumatismo cranioencefálico - tratamento cirúrgico

O procedimento 31401384 Traumatismo cranioencefálico - tratamento cirúrgico pode ser cobrado e é excludente com os seguintes procedimentos:

31401309 - Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano

30215013 - Cranioplastia

31401260 Tratamento cirúrgico da fistula liquórica.

31401082 Implante de cateter intracraniano.

Obs. Já temos outros códigos específicos para tratamento de TCE, como drenagem hematoma, craniotomia descompressiva, DVE e PIC.

16.13 - Na reconstrução da cirurgia de hartmann (ou equivalente) não cabe cobrança associada de retossigmoidectomia ou cirurgia de abaixamento.

17.00 OTORRINOLARINGOLOGIA

17.1 Uvulopalatofaringoplastia

Nos procedimentos relacionados ao procedimento 30205247 – Uvulopalatofaringoplastia, a retirada de estruturas da faringe e do palato, tais como, adenoide e amígdalas, já estão contempladas na valorização de honorários do procedimento principal.

17.2 Laserterapia na mucosite

As terapias com laser realizadas para o tratamento da mucosite serão remuneradas no código 30202159 – Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão, sendo que o valor está previsto por sessão de terapia realizada em um mesmo dia, já incluindo os custos operacionais dessa terapia.

17.3 Sinusopatia e afins

17.3.1 30501369 – Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo)

A cirurgia de correção de desvio de septo é a septoplastia, e deve ser remunerada, se documentada, em quantidade 1, independentemente de segmentos desviados.

Não há cobertura para septoplastia vídeo-assistida (30501539), e não se remunera 30501393 – Tratamento cirúrgico de deformidade nasal congênita como codificação terapêutica, porque o desvio de septo é uma doença adquirida.

17.3.2 30501539 – Septoplastia por videoendoscopia



A codificação de tratamento de deformidade nasal congênita se aplica a tratamento de anomalias congênitas, tais como atresia das coanas, agenesia ou hipoplasia do nariz, fissura, entalhe ou fenda nasal, e perfuração congênita do septo nasal.

17.3.3

30501067	Corneto inferior – cauterização linear – unilateral
30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia – unilateral
30501466	Turbinoplastia por radiofrequência
30501075	Corneto inferior – infiltração medicamentosa (unilateral)

A cauterização linear é um tipo de turbinoplastia com bisturi elétrico, e que reduz o volume dos cornetos, usada mais em crianças. As turbinoplastias por radiofrequência ou laser não têm cobertura.

Se justificada a turbinectomia ou turbinoplastia de cornetos inferiores e médios, na mesma cirurgia, paga-se a codificação por lado (inclui inferior e/ou médio, com lateralidade).

As turbinectomias ou turbinoplastias não são parte integrante da septoplastia ou outras cirurgias sinusais, desde que seja documentado que existam alterações nos cornetos e que se justifique a terapia cirúrgica. Não havendo justificativa ou documentação, passa a ser via de acesso para procedimentos principais.

O uso tópico ou a infiltração de soluções com vasoconstritor sobre cornetos não justifica agregar a codificação 30501075 – Corneto inferior – infiltração medicamentosa (unilateral) nas cirurgias. Justifica-se essa codificação para quando há infiltração isolada de corticoides, ou para a turbinoplastia química das conchas inferiores com ácido tricloroacético (ATA), técnica muito pouco aplicada na atualidade como alternativa ambulatorial às turbinectomias/turbinoplastia em casos selecionados.

17.3.4

30501350	Rinosseptoplastia funcional
30501520	Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia

Essas codificações são remuneradas 1x por cirurgia (sem bilateralidade) e incluem septoplastia, turbinectomias, todas as técnicas de turbinoplastias e o tratamento da insuficiência de válvulas externas, uni ou bilaterais.

Se a cartilagem para enxerto é retirada do septo, não justifica agregar nenhuma outra codificação, porém, se não há material local suficiente (cirurgias anteriores) e for necessária a retirada de enxertos de outras áreas (ex. costela ou orelha), agrega-se a codificação 30101301 – Enxerto cartilaginoso.

17.3.5

30403138	Timpanoplastia tipo I – miringoplastia – unilateral
30403120	Timpanoplastia com reconstrução da cadeia ossicular
30403111	Tímpano-mastoidectomia
30403081	Mastoidectomia simples ou radical modificada



Miringoplastia ou timpanoplastia tipo I é a cirurgia que apenas visa o fechamento da perfuração da membrana timpânica (MT), não se fazendo qualquer inspeção ou manipulação da cavidade timpânica (orelha média).

Já as demais timpanoplastias são cirurgias que, além da reconstrução da MT perfurada, trabalham para a recuperação funcional da orelha média, mesmo que se feita apenas a inspeção, caso não haja comprometimento auditivo. Portanto, a timpanoplastia pode ou não envolver uma reconstrução ossicular, mas sempre envolve exploração da orelha média.

- 30403138 – Timpanoplastia tipo I – miringoplastia – unilateral (tipo I)
- 30403120 – Timpanoplastia com reconstrução da cadeia ossicular (tipos III, IV e V, e por falta de codificação, também tipo II)
- 30403111 – Tímpano-mastoidectomia (tipo II com mastoide)
- 30403081 – Mastoidectomia simples ou radical modificada (somente mastoide)

Assim, ficam em exclusão por lado 30403138, 30403120 e 30403111. Se a timpanoplastia com reconstrução ossicular e abordagem mastoidea for necessária, permite-se então agregar 30403120 e 30403081.

17.3.6

30502209	Sinusectomia maxilar – via endonasal
30502322	Sinusectomia maxilar – via endonasal por videoendoscopia
30502020	Antrostomia maxilar intranasal
30502292	Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia
30502233	Sinusectomia maxilar – via oral (Caldwell-Luc)

30502080	Etmoidectomia intranasal
30502314	Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia
30502071	Etmoidectomia externa

30502268	Sinusotomia frontal intranasal
30502276	Sinusotomia frontal via externa
30502357	Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia
30502365	Sinusotomia frontal intranasal com balão por videoendoscopia
30502217	Sinusectomia frontal com retalho osteoplástico ou via coronal

30502250	Sinusotomia esfenoidal
30502349	Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia

Para fins de remuneração, contempla-se, no máximo, 1 codificação de cada grupo por lado (podendo ser remunerado bilateralmente, conforme indicação). Estarão vinculados a existência de patologia comprovada por exame de imagem prévio recente (máximo 3 meses) que indiquem a adequada indicação técnica de terapia cirúrgica.

Remuneram-se as codificações quando:



1- Estiverem documentados déficit de aeração/drenagem, infecção fúngica (inclui bola fúngica), cistos de retenção grandes e pólipos.

2- Quando há drenagem e aeração, não caberá remuneração (em fase de conta) de sinusotomias/sinusectomias, sem necessidade de Junta Médica, quando não há alterações sinusais, ou há espessamento mucoso quantificado como incipiente/discreto/ mínimo/ pequeno.

3- Para espessamentos maiores, mas com drenagem e aeração garantidos, a discussão deve ser resolvida por segunda opinião especializada ou Junta Médica.

17.4 Para fins de remuneração, a possível combinação com os códigos abaixo indicados dependerá da comprovação de sua realização. Deve ser remunerada se for documentada, por exames atualizados (máximo de 3 meses), a existência prévia da patologia que indique tecnicamente o procedimento. Nesses casos, os critérios de remuneração para cirurgias de codificação múltipla das instruções gerais deverão ser obedecidos.

30501369	Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo)
30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia unilateral
30205247	Uvulopalatofaringoplastia (qualquer técnica)
30403154	Timpanotomia para tubo de ventilação unilateral
30205050	Amigdalectomia das palatinas
30501067	Corneto inferior cauterização linear unilateral
30501350	Rinosseptoplastia funcional
30501377	Sinéquia nasal ressecção unilateral
30501270	Perfuração do septo nasal correção cirúrgica
30205034	Adenoamigdalectomia
30403154	Timpanotomia para tubo de ventilação unilateral
30501288	Polipectomia unilateral (nariz)
30502160	Pólipo antrocoanal de killiam exérese

17.5 A infiltração medicamentosa de cornetos inferiores (30501075) não se refere à colocação de solução de adrenalina e/ou corticoides e/ou anestésicos nas cirurgias nasossinusais, sendo técnicas de hemostasia inclusas nos procedimentos principais.

30501164	Epistaxe – tamponamento anterior
30501156	Epistaxe – tamponamento anteroposterior
30501113	Epistaxe – cauterização (qualquer técnica)
30501172	Epistaxe – tamponamento anteroposterior sob anestesia geral



30501121	Epistaxe – cauterização da artéria esfenopalatina com microscopia – unilateral
30501482	Epistaxe – cauterização da artéria esfenopalatina com microscopia – unilateral por videoendoscopia
30501130	Epistaxe – cauterização das artérias etmoidais com microscopia – unilateral
30501148	Epistaxe – ligadura das artérias etmoidais – acesso transorbitário – unilateral
30502039	Artéria maxilar interna – ligadura transmaxilar
30502306	Artéria maxilar interna – ligadura transmaxilar por videoendoscopia

Em procedimentos cirúrgicos nasossinusais, a hemostasia, por diversos métodos, é parte integrante do(s) procedimento(s) principal(is), não cabendo acrescentar codificações de epistaxes.

- 17.6** Para fins de remuneração, o procedimento 30501024 – Abscesso ou hematoma de septo nasal – drenagem sob anestesia geral não deverá ser considerado em transoperatório de outra cirurgia. Ele deverá ser considerado para a finalidade específica de drenar abscesso ou hematoma por trauma ou de pós-operatório após alta cirúrgica.

30501024	Abscesso ou hematoma de septo nasal drenagem sob anestesia geral
----------	--

17.7 Implante coclear

Esse procedimento foi valorizado em modo que já contempla os procedimentos acessórios à sua execução. Em regra geral, ele deverá ser remunerado em porte único.

17.8 Cerúmen e tampão auricular

Os códigos: 20104065 – Cerúmen – remoção (unilateral) e 30402018 – Aspiração auricular serão remunerados conforme Rol vigente.

- 20104065 – Cerúmen – remoção (unilateral)

Será válido para efeitos de remuneração no procedimento realizado para remoção de tampão de cerúmen. Quando realizado bilateralmente, será aplicada regra de percentualização (100% + 70%).

- 30402018 – Aspiração auricular (uni ou bilateral)

Será válido para efeitos de remuneração para as situações em que haja indicação terapêutica de retirada de corpo estranho, líquido ou secreções.

Observações: Para efeitos de remuneração, a limpeza da cera do conduto auricular para realização do exame físico otoscopia não caracteriza o pagamento dos códigos “remoção de cerúmen” ou “aspiração auricular”. Os dois códigos acima são excludentes entre si.

Esses procedimentos podem ser remunerados concomitantemente com a consulta médica quando devidamente justificados para as situações acima definidas.

18.0 NEUROCIRURGIA

18.1 Hipofisectomia



Para cirurgia de hipofisectomia será permitida a combinação dos seguintes grupos:

GRUPO 1:

CIRURGIA ABERTA	
31401155	Microcirurgia para tumores intracranianos
31401074	Hipofisectomia por qualquer método

GRUPO 2:

MICROCIRURGIA TRANSEPTAL OU SUBLABIAL	
31401074	Hipofisectomia por qualquer método
31401163	Microcirurgia por via transesfenoidal

GRUPO 3:

ENDOSCÓPICO TRANSNASAL	
31401074	Hipofisectomia por qualquer método
31401031	Cirurgia intracraniana por via endoscópica
31401341	Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar

Observação: 31401341 - Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar - procedimento cobrado exclusivamente para otorrinolaringologista. Esta codificação terá como excluídos septoplastias, turbinectomias, e todas as codificações de sinusotomias e sinusectomias, não somente a esfenoidal.

18.2 - 30302021 Descompressão de órbita ou nervo ótico

Utilizar codificação de descompressão nervosa quando o tumor envolve mais de 50% da estrutura nervosa, e um procedimento específico e complementar precisou ser executado, não cabendo remuneração quando apenas o tratamento do tumor já gera a descompressão.

18.3 - 31401171 - Microcirurgia vascular intracraniana

Quando os tumores selares invadem os seios cavernosos, ou abraçam as carótidas ou outros vasos, a complexidade e risco do procedimento aumentam bastante, inclusive podendo impedir o tratamento completo do tumor. A codificação pode ser agregada quando procedimentos específicos sobre vasos e seios foram efetivamente realizados, cabendo a codificação ao tratamento e não apenas ao diagnóstico.

18.4 - Fístula liquórica

30501202	Fechamento de fístula liquórica transnasal
30501210	Fístula liquórica - tratamento cirúrgico endoscópico intranasal
31401260	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica

Fístula liquórica é um diagnóstico objetivo e firmado antes da cirurgia. As codificações para tratamento de fístulas liquóricas não são remunerados como tempo cirúrgico de fechamento primário da dura-máter ou duroplastias durante cirurgias.

É lícita a sua cobrança, se documentado antes da cirurgia.



Essa regra se aplica à cirurgias por craniotomia, cirurgias de coluna ou cirurgias transfenoidais.

19.0 CIRURGIA DA COLUNA

Conceitos

- a) Segmento vertebral em coluna vertebral: refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas cápsulo-ligamentares e musculares a elas vinculadas.
- b) Segmento anatômico em coluna vertebral: refere-se à divisão da coluna nos segmentos cervical, dorsal (ou torácico), lombar e sacrococcígeo, não podendo ser usadas outras unidades por similaridade (ex. com o osso ilíaco).
- c) Bloqueio diagnóstico: identifica o foco da dor, diferencia dores somáticas de viscerais e a eventual participação do sistema nervoso simpático. Um bloqueio teste é feito com a infiltração de pequena quantidade de anestésico (sem outra medicação) em área articular suspeita de ser a causa da dor.
- d) Bloqueio terapêutico: realizado para controle da dor, bloqueio de ciclos viciosos em síndromes dolorosas complexas e bloqueio das vias aferentes da região de origem da dor. Podem ser anestésicos/ analgésicos ou neurolíticos.
- e) Bloqueio anestésico/analgésico: é a infiltração de anestésico para alívio da dor, podendo ter intuito diagnóstico, prognóstico ou terapêutico. Corresponde às infiltrações de corticoides, opioides, anti-inflamatório, clonidina, guanetidina, cetamina, entre outros.
- f) Bloqueio neurolítico: são procedimentos neurodestrutivos que, por meio de agentes químicos (álcool absoluto, éter, fenol, glicerol), físicos (frio, radiofrequência, laser), ou por técnica cirúrgica, buscam a destruição de tecidos nervosos para que aconteçam mudanças funcionais que culminem no alívio da dor
- g) A codificação 30715270 Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico (coluna) é exclusiva para coluna.

Para retirada de material de fixação de outros segmentos, as codificações mais adequadas são:

30710014 Retirada de fios ou pinos metálicos transósseos

30710022 Retirada de fios, pinos, parafusos ou hastes metálicas intra-ósseas

30710030 Retirada de placas

30710049 Retirada de próteses de substituição de pequenas articulações

30710057 Retirada de fixadores externos

30710065 Retirada de prótese de substituição (grandes e médias articulações)

19.1 Bloqueios facetários anestésicos

31602126	Bloqueio facetário paraespinhoso
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular
31403034	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento



- a) Para fins de remuneração, os procedimentos 31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento, 31602126 – Bloqueio facetário paraespinhoso e 40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular foram nivelados em seus portes cirúrgicos, anestésicos e de sala.

HM Cirurgião – 293 UTMs

HM Anestesta – 280 UTMs (indicador anestésico F)

Auxiliar – 0

Taxa de Sala – Porte 3

- b) Os procedimentos 31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento, 31602126 – Bloqueio facetário paraespinhoso e 40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular são excludentes entre si.

- c) Serão remunerados percentualmente até três vezes, por segmento anatômico, conforme exemplificado abaixo.

100% 70% 40% (primeiro segmento anatômico)

30% 10% 10% (segundo segmento anatômico)

10% 10% 10% (terceiro segmento anatômico)

Bloqueios facetários neurolíticos

31403034	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento
31403336	Rizotomia percutânea por segmento – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62)
30715423	Radiculotomia (com diretriz definida pela ANS nº 62)

- a) São excludentes entre si.

- b) De acordo com a diretriz 62 da RN 465, a rizotomia deve ser obrigatoriamente precedida de bloqueio teste.

- c) São remunerados percentualmente até três vezes, por segmento anatômico, conforme exemplificado abaixo.

100% 70% 40% (primeiro segmento anatômico)

30% 10% 10% (segundo segmento anatômico)

10% 10% 10% (terceiro segmento anatômico)

- d) Para esses procedimentos, não há previsão de auxiliar.

19.2 Excludências com bloqueio facetário, no mesmo ato cirúrgico, no mesmo segmento anatômico – Somente caberá em segmentos anatômicos distintos, respeitada adequada indicação técnica.

31602169	Bloqueio peridural ou subaracnoideo com corticoide
31602150	Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo
31602126	Bloqueio facetário paraespinhoso
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular
31403026	Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos
31602118	Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares



19.3 Denervação facetária

As denervenções facetárias podem ser químicas (31403034 Denervação percutânea de faceta articular - por segmento) ou por radiofrequência (31403336 Rizotomia percutânea por segmento - qualquer método (com diretriz definida pela ANS - nº 62)). Mesmo tecnicamente tendo o mesmo fim, somente a por radiofrequência está submetida à DUT, com impacto significativo para as denervenções químicas (álcool, fenol, xilol, éter), tecnologia do século passado, não são mais citadas como técnica de denervação/ablação em protocolos, guidelines ou consensos internacionais de coluna, nos últimos 10 anos. A percentualização para os procedimentos denervação facetária seguirá a regra dos itens 2.1.14 e 2.1.17.

19.4 Para efeitos de remuneração, abaixo, estão descritas as regras que estabelecem quando são consideradas adequadas ou não as possíveis associações de códigos dos procedimentos relativos às cirurgias da coluna.

- a) Caberá a associação da substituição de corpo vertebral com artrodese da coluna quando a indicação técnica for adequada, considerando-se a necessidade de fixação.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento

- b) No tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito, cabe a associação com artrodese da coluna quando houver necessidade técnica de fixação dos segmentos da coluna.

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento

- c) Caberá a associação do tratamento cirúrgico das fraturas de coluna com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.

30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico

- d) Caberá a associação da substituição do corpo vertebral com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico

- e) Caberá a associação da substituição do tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.



30715385	Tumor ósseo vertebral ressecção com substituição com ou sem instrumentação – tratamento cirúrgico
30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715288	Substituição de corpo vertebral
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio-lateral – tratamento cirúrgico

- f) O procedimento 30715229 – Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico é parte integrante da artrodese, não sendo remunerado em associação com 30715024 – Artrodese de coluna via anterior ou pósterio-lateral – tratamento cirúrgico e 30715016 – Artrodese da coluna com instrumentação por segmento.
- g) Caberá a associação do tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares com artrodese de coluna quando há necessidade técnica adequada de fixação da coluna.

30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações av, siringomielia, parasitoses)

- h) O código 30713072 – Retirada de enxerto ósseo é remunerado quando é realizada a retirada de enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico, como da crista ilíaca.

A colocação do enxerto ósseo retirado de pedículos e/ou processos transversos, assim como de outros sítios cirúrgicos (como da crista ilíaca) e uso de enxerto inorgânico são fases obrigatórias da fusão, remunerado pela codificação da artrodese, não sendo remunerado o código 30732026 – Enxerto ósseo.

- i) O código 30715091 – Descompressão medular e/ou cauda equina não é remunerado associado com os códigos abaixo. É considerado como parte integrante da cirurgia principal.

30715199	Laminectomia
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico
30715180	Hérnia de disco toracolumbar – tratamento cirúrgico
30715202	Microcirurgia para tumores extra e intradurais
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)
30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico



- j) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedulares, para fins de remuneração, não se encontra justificativa técnica para a realização de bloqueio facetário paraespinhoso em concomitância.

31602126	Bloqueio facetário paraespinhoso
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

- k) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedular, a sutura da dura-máter é parte integrante da cirurgia. Não cabe, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos.

31401260	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

Obs.: o tratamento da fistula liquórica pode ser remunerado se houver um diagnóstico documentado pré-operatório.

- l) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedular, a possível realização de osteotomia é parte integrante da cirurgia. Não caberá, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos.

30715229	Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

- m) Não cabe, para fins de remuneração, a associação deles com o código 30715091 – Descompressão medular e/ou cauda equina.

30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico
30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina

- n) O tratamento da osteomielite de coluna já prevê a possível descompressão medular, caso ocorra. Não caberá, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos combinados.
o) A osteoplastia e discectomia já são partes integrantes da correção da fratura da coluna, com ou sem luxação, portanto, para fins de remuneração, os dois códigos são colidentes.

40814092	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)
30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico



30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715199	Laminectomia ou laminotomia

- p) Para fins de remuneração, caberá a associação de tratamento cirúrgico de hérnia discal toracolombar ou cervical quando estiver indicada tecnicamente a correção do canal vertebral estreito.

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715180	Hérnia de disco toracolombar – tratamento cirúrgico

Ou

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico

- q) Nos casos de fratura da coluna com possível herniação do disco, a correção cirúrgica da fratura já inclui a remuneração da hérnia formada pelo trauma.

30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico

- r) Para fins de remuneração, no tratamento cirúrgico do canal vertebral estreito, a realização da laminectomia já está prevista, não cabendo, portanto, a associação dos dois códigos.
- s) Na realização de microcirurgia para tumores extraintradurais, para fins de remuneração, os códigos abaixo indicados já estão inclusos na cirurgia principal, não cabendo associação com o código 30715202 – Microcirurgia para tumores extraintradurais.

30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento

- t) Para fins de remuneração, o código de Substituição de Corpo Vertebral deve ser considerado adequado na associação Microcirurgia para Tumores ExtraIntradurais, quando for retirado mais de 50% do corpo vertebral.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715202	Microcirurgia para tumores extraintradurais



- u) Respeitada a devida indicação técnica, para fins de remuneração, a combinação da artrodese da coluna com instrumentação com microcirurgia para tumores extraintradurais pode ser considerada adequada.

30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento
30715202	Microcirurgia para tumores extraintradurais

- v) Havendo adequada indicação técnica de retirada de todo o material de síntese em um tratamento cirúrgico de osteomielite, para fins de remuneração, deve ser considerada a combinação dos dois códigos abaixo indicados.

30715270	Retirada de material de síntese – tratamento cirúrgico
30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico

- w) A exploração cirúrgica de nervo e neurólise das síndromes compressivas, conforme codificadas abaixo, já são partes integrantes da realização do procedimento de 30715423 – Radiculotomia.

31403123	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)
31403280	Neurólise das síndromes compressivas

- x) No procedimento de substituição do corpo vertebral, os procedimentos abaixo indicados, para fins de valorização, já são considerados como parte integrante do procedimento 30715288 – Substituição de corpo vertebral.

30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina
30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento

- y) Para fins de remuneração, o procedimento 30715199 – Laminectomia ou laminotomia é considerado como via de acesso cirúrgico, é remunerado quando tecnicamente indicado como procedimento isolado (código único).

19.5 Cirurgia de artrodese da coluna (códigos 30715016 e 30715024)

Excepcionalmente aos itens 2.1.14 e 2.1.17, as cirurgias de artrodese de coluna adequadamente indicadas (códigos 30715016 e 30715024) quando solicitadas em códigos múltiplos deverão ser remuneradas com 100% do primeiro segmento e 50% dos demais segmentos operados e adequadamente indicados. O exemplo ilustrativo abaixo é para os casos em que houver indicação técnica adequada dos procedimentos e sujeito as regras técnicas e normas do MAME:



*	TUSS	Descrição	Percentualização
1	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	100%
2	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	50%
3	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	50%
4	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	50%

Nos casos de realização conjunta de hérnia de disco e artrodese, deverá ser aplicado 100% para o procedimento de maior valor, permanecendo a artrodese fixada em 50% da sua valoração conforme exemplo abaixo:

*	TUSS	Descrição	Percentualização
1	30715180	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	100%
2	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	50%

Havendo indicação técnica para remuneração de outro(s) procedimento(s) associado(s), esses serão remunerados iniciando-se pela percentualização de 40%, 30% e 10% (para os procedimentos subsequentes), independente de serem o mesmo código cobrado mais de uma vez ou códigos diferentes.

1	30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	40%
2	30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	30%
3	30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10%
4	30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina	Incluso no procedimento principal

O código 30715024 deverá ser computado para efeitos de remuneração da mesma forma que o exemplo anterior, sendo que os códigos associados somente deverão ser remunerados em casos de adequadas indicações técnicas e dentro das normas do MAME.

1	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico	50%
---	----------	--	-----



2	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico	50%
3	30715024	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico	50%
4	30715180	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	100%
5	30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	40%
6	30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	30%
7	30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina	Incluso no procedimento principal

19.6 Cirurgia do Dorso Curvo Escoliose (30715105) e Tratamento Cirúrgico da Cifose Infantil (30715300)

Excepcionalmente aos itens 2.1.14 e 2.1.17, para fins de remuneração, as cirurgias de Dorso Curvo Escoliose e Cifose Infantil já incluem a artrodese de coluna do primeiro até cinco segmentos. Somente do sexto segmento operado em diante, o código 30715016 deverá ser remunerado por segmento na percentualização de 50% cada segmento, como no exemplo abaixo:

Exemplo das cirurgias de dorso curvo escoliose quando solicitadas em códigos múltiplos e tecnicamente indicada para oito segmentos operados que, da mesma forma, deverão servir para a cirurgia Tratamento Cirúrgico da Cifose Infantil (30715300):

*	TUSS	Descrição	Percentualização
1	30715105	Dorso curvo / escoliose / giba costal - tratamento cirúrgico	100%
2	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (1º)	0
3	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (2º)	0
4	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3º)	0
5	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (4º)	0
6	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (5º)	0
7	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (6º)	50%
8	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (7º)	50%



9	30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (8º)	50%
---	----------	--	-----

Havendo indicação técnica adequada para remuneração de outro(s) procedimento(s) associado(s), esses serão remunerados iniciando-se pela percentualização de 40%, 30% e 10% (para os procedimentos subsequentes), independente de serem o mesmo código cobrado mais de uma vez ou códigos diferentes.

20.0 CIRURGIA CARDÍACA

20.1 Regras de remuneração

- A remuneração dos honorários médicos da cirurgia cardíaca para a equipe cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS que fazem parte do procedimento principal. Sendo assim, para fins de remuneração, os procedimentos acessórios já se encontram incluídos na valorização do ato operatório da cirurgia principal.
- Para fins de remuneração, os atos operatórios da cirurgia cardíaca deverão considerar os protocolos que constam na aba cardiologia.
- Cabe a remuneração separada do médico Perfusionista (código 30905060) quando presente nas cirurgias.
- Cabe a remuneração de honorários da punção arterial para fins de PAM (código 30906164) separada somente ao médico que realiza o procedimento.
- Cabe a remuneração de honorários do Implante de cateter venoso central (código 30913012) separada somente ao médico que realiza o procedimento.
- Os procedimentos Acesso venoso central por punção (código 30913012) e Cateterismo arterial para PAM (código 30906164), quando realizados pelo mesmo profissional, no mesmo momento, considerando vias diferentes cabe o pagamento de 100% e 70% conforme hierarquia de valores.

Para maior clareza, foram listadas as formas de remunerar as cirurgias cardiovasculares mais frequentes no Intercâmbio.

20.2 30902029 – Cirurgia Multivalvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas



20.3. 30902045 – Plastia valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.4 30902053 – Troca valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.5 30903017 – Aneurismectomia de VE

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.6 30903025 – Revascularização do miocárdio

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.7 30903033 – Revascularização do miocárdio + Cirurgia valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.8 30917034 – Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.9 30803160 – Tromboendarterectomia pulmonar – qualquer técnica



A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.10. 30906083 – Aneurismas torácicos ou toracoabdominais

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.11 30915040 – Pericardiotomia/pericardiectomia

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.12 30901057 – Correção cirúrgica da comunicação interatrial

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer



um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.13 30901065 – Correção cirúrgica da comunicação interventricular

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.14 30901103 – Ressecção (infundíbulo, septo, membranas, bandas)

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.15 30901090 – Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) ou Anastomose sistêmico-pulmonar (BT) com ou sem CEC

30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada



30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

20.16 30901022 – Canal arterial persistente – correção cirúrgica

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.17 30901030 – Coarctação da aorta – correção cirúrgica

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.18 30901049 – Confecção de bandagem da artéria pulmonar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
----------	------------------------



30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.19 30917042 – Retirada de tumores intracardíacos

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.20 30915015 – Correção cirúrgica das arritmias

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.21 30902037 – Comissurotomia valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30804116	Retirada de dreno tubular torácico



30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.22 30906172 – Correção das dissecções da aorta

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

20.23 30912237 – Tratamento percutâneo do aneurisma/dissecção da aorta

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30912024	Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso)
30906202	Endarterectomia ilíaco-femoral
40812030	Angiografia por cateterismo não seletivo por grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso
40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento

20.24 30912091 – Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos, com ou sem angioplastia

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

40812030	Angiografia por cateterismo não seletivo por grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso



40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento
----------	---

20.25 - 30905010 Colocação de balão intra aórtico – A retirada do balão intra aórtico está inclusa na colocação

20.26 – Para cirurgias com CEC (30905036 - Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional), não devem ser considerados para fins de remuneração os seguintes procedimentos:

30915023	Drenagem do pericárdio
30912083	Colocação de catéter intracavitário para monitorização hemodinâmica
20201052	Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação)
30907144	Varizes - tratamento cirúrgico de um membro
30904080	Instalação de marca-passo epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
20104049	Cateterismo vesical em retenção urinária
30915040	Pericardiotomia

20.27 – 20101201 - Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de dispositivo cardíaco eletrônico implantável (marca-passo, estimulador multissítio/ressincronizador, desfibrilador ou monitor de eventos)

O procedimento 20101201 não é excludente com a consulta médica 10101012, porém deverá obedecer às seguintes periodicidades:

- Marcapasso: 1º mês, 3º mês e a cada 6 meses.
- Cardiodesfibrilador: 1º mês, 3º mês e a cada 4 meses ou terapia do dispositivo (Choque), nesse último caso a cobrança deve ser acompanhado do histórico do registro do CDI.
- Ressincronizador: 1º mês, 3º mês e a cada 4 meses ou descompensação da insuficiência cardíaca, sendo essa última condição limitado a 3 vezes por ano.
- Cardiodesfibrilador multissítio: 1º mês, 3º mês e a cada 4 meses ou descompensação da insuficiência cardíaca/terapia do dispositivo (choque). Em caso de choque deve ser acompanhado do histórico do registro do CDI. Em caso de insuficiência cardíaca é limitado 3 vezes por ano.
- Monitor de eventos implantável: 1º mês, 3º mês e a cada 4 meses ou ocorrência de sintomas (síncope ou novo episódio de AVC ou AIT). No caso de síncope limitado a 3 vezes por ano. No caso de AVC ou AIT remunerar cada avaliação desde que comprovada a internação do paciente.

21.0 DIRETRIZES PARA TERAPIA DA DOR

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista.



A. SÍNDROMES DOLOROSAS CÉRVICO-CRANIANAS

1) Neuralgia do trigêmeo

Bloqueios anestésicos	31602045 – Bloqueio anestésico de nervos cranianos	□ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ser bilateral.
Bloqueios neurolíticos	31602134 – Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico	□ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ser bilateral.
	31404022 – Neurotomia seletiva do trigêmeo *	□ Sendo 31404030 submetido a DUT 62, seria um procedimento por radiofrequência, enquanto 31602134 atende denervação química. Para fins de remuneração, ambos em quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ter indicação bilateral. Bloqueios neurolíticos incluem o bloqueio anestésico prévio.
	31404030 – Tratamento de neuralgia do trigêmeo por técnica percutânea – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62) Obs.: quando orientado por imagem, cobrar código correspondente	□ Não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de nervos periféricos, de plexo ou códigos de bloqueio de SNA. □ A neurotomia percutânea por balão não tem codificação específica, podendo ser usada a codificação 31404030 para compressão do gânglio de Gasser por balão. □ A codificação 31404022 é de uma denervação cirúrgica.

2) Neuralgia dos nervos occipitais

Bloqueios anestésicos	31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares	□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 4 (occipital maior e menor, com lateralidade).
Bloqueio neurolítico	31602134 – Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico	□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 4 (occipital maior e menor, com lateralidade), sendo que se aplica a denervação química ou por radiofrequência. □ Há cobertura para denervação por radiofrequência na conformidade da DUT 62 (3. Pacientes portadores de neuralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses), porém não há codificação específica para denervação por radiofrequência de occipitais, logo usar 31602134. □ Não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de plexo ou códigos de bloqueio de SNA

3) Síndromes miofasciais crânio-cervicais



20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo		☐ Para fins de remuneração, quantidade máxima 2, por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento (2 do tronco e 2 do segmento cefálico). ☐ Se for apenas com bloqueio de ponto gatilho, quantidade máxima 6 pontos por procedimento.
4) Dor na articulação temporomandibular		
Articular	31602088 – Bloqueio de articulação temporomandibular	☐ Para fins de remuneração, paga-se por articulação.
Ou		
Nervo periférico	31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares	☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima de 3 por lado (com lateralidade). A técnica mais comum inclui o bloqueio do nervo auriculotemporal, masseterino e mio-hioideo.
B. SÍNDROMES DOLOROSAS NA COLUNA		
1) Dor facetária		
Bloqueio anestésico	31602126 – Bloqueio facetário paraespinhoso 40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular	As instruções abaixo aplicam-se a bloqueios anestésicos e neurolíticos. ☐ Para fins de remuneração, quantidade máxima de 3 segmentos vertebrais por segmento anatômico, sendo devidamente documentada a artrose facetária, e justificada por achados de exame físico e história, descrevendo quais as facetes com artrose estão gerando dor. ☐ Os bloqueios anestésicos da articulação ou do nervo medial são remunerados por 31602126 ou 40813363 e são excludentes entre si.
Bloqueio neurolítico	31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento 31403336 – Rizotomia percutânea por segmento – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62) 30715423 – Radiculotomia (com diretriz definida pela ANS nº 62)	☐ No caso de dor facetária e radicular/discogênica no mesmo segmento, a codificação 40813363 deve ser a remunerada, pois ao inundar a região foraminal, bloqueia-se os três tipos de dor. ☐ Os bloqueios neurolíticos químicos (álcool glicérol, fenol, éter, xilol) para dor facetária são remunerados por 31403034. ☐ É de boa técnica que qualquer bloqueio neurolítico/denervação, por qualquer método, seja precedido por bloqueios teste ao rigor da técnica. Se resultado dos bloqueios teste são positivos, poderia ser indicado o bloqueio neurolítico que, tecnicamente, é semelhante aos bloqueios anestésicos, e incluem a injeção de anestésico antes das substâncias neurolíticas. ☐ Os bloqueios facetários neurolíticos por radiofrequência (31403336 ou 30715423) são



	submissos à DUT 62, e excludentes com 314033034, 31602126 e 40813363. □ As codificações de bloqueio peridural não seletivo (31602150 e 31602169), de bloqueios de nervo periférico (31403026 e 31602118) de infiltração intra-articular (30713137) e de bloqueio do sistema nervoso autônomo (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 e 31602100) não são remuneradas em associação com 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 e 30715423, no tratamento de dores na coluna. □ Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários a tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, podem ser agregados pontos gatilhos (2xx 20103301 por segmento corporal), máximo de 4 por procedimento. □ Nos bloqueios de coluna, não se remunera codificações cirúrgicas de neurólise, microneurólise ou relacionadas às cirurgias convencionais de descompressão nervosa. □ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.
2) Dor radicular/ discogênica	
40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular	□ Para fins de remuneração, quantidade máxima de 3 segmentos vertebrais por segmento anatômico, sendo devidamente documentado por imagem o conflito radicular. □ O bloqueio peridural seletivo, ou foraminal, ou transforaminal, visa bloquear a raiz medular sensitiva, mas inunda toda a região foraminal, também bloqueando nervo medial (dor facetária) e, por isso, bloqueia dores radiculares, facetárias e discogênicas. □ As codificações de bloqueio peridural não seletivo (31602150 e 31602169), de bloqueios de nervo periférico (31403026 e 31602118) de infiltração intra-articular (30713137) e de



	bloqueio do sistema nervoso autônomo (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 e 31602100) não são remuneradas em associação com 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 e 30715423, no tratamento de dores na coluna. □ Excepcionalmente, e mediante justificativa e documentação, pode ser associado à codificação de bloqueio de nervo periférico (31403026 e 31602118) para a realização do bloqueio terapêutico do gânglio da raiz dorsal (bloqueio DRG), em quantidade 1x por procedimento. □ Radiculotomia, mielotomias, cordotomias, drezotomias são procedimentos neurolíticos específicos e submissos às suas respectivas DUTs. □ Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários a tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, podem ser agregados pontos gatilhos (2xx 20103301 por segmento corporal), máximo de 4 por procedimento. □ Nos bloqueios de coluna, não se remunera codificações cirúrgicas de neurólise, microneurólise ou relacionadas às cirurgias convencionais de descompressão nervosa. □ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.
3) Sacroileíte	
Caso agudo	30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem □ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (lateralidade). Refere-se à aplicação de corticoides intra-articulares. □ Não há justificativa optar ou agregar codificações de bloqueios anestésicos de nervos periféricos às infiltrações intra-articulares (mais simples e efetivas). □ Não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justificam codificações de sistema nervoso autônomo/simpático.



		☐ Sendo uma dor articular, não há justificativa para agregar infiltrações extra-articulares e/ou musculares/ponto gatilhos. ☐ Não há embasamento científico para solicitação de viscosuplementação.
Caso crônico	31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)	☐ Nos casos mais crônicos, em que as medidas clínicas falharam e a infiltração articular anestésica for fortemente positiva, existe a denervação de raízes sacrais de S1 e S2. ☐ Não havendo cobertura para denervação por radiofrequência (DUT 62), mas apenas as denervações químicas. A codificação de denervação facetária ou rizotomia não se aplica a esse tipo de terapia, conforme as próprias terminologias, restando as codificações de nervo periférico (31403026 ou 31602118), em quantidade máxima 2 por lado (lateralidade), ou pela codificação 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8) em quantidade 1. ☐ Não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justificam codificações de sistema nervoso autônomo/simpático. ☐ Sendo uma dor articular, não há justificativa para agregar infiltrações extra-articulares e/ou musculares/ponto gatilhos. ☐ Não há embasamento científico para solicitação de viscosuplementação. ☐ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.
4) Coccidínia		
Casos agudos ou crônicos	30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem	☐ Para fins de remuneração, a quantidade é 1 por procedimento, para qualquer uma das codificações elencadas. ☐ Não há cobertura para viscosuplementação.



	31602169 – Bloqueio peridural ou subaracnoideo com corticoide 31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares (do nervo coccígeo)	
Casos crônicos	31602070 – Bloqueio anestésico simpático (do gânglio ímpar) 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8) para bloqueio neurolítico do nervo coccígeo	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por procedimento, para qualquer uma das codificações. □ Não há cobertura para denervação por radiofrequência (DUT 62). □ A denervação química refere-se ao uso de fenol ou álcool (e outros), conforme terminologia 20103140, e não ao uso de toxina botulínica. □ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.
C. SÍNDROMES DOLOROSAS DO OMBRO		
	30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por ombro. □ Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como artrite, artrose, impacto, capsulite adesiva e lesões intra-articulares (glenoide e cartilagem). Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. □ Não existe evidência para viscosuplementação.
	30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por ombro. □ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo



	remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares) 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)	□ Para fins de remuneração, a quantidade máxima é de 2 nervos por ombro. □ Os bloqueios nervosos no ombro são reservados principalmente às síndromes dolorosas mais complexas, mediante justificativa. □ Para situações de exceção, de dor crônica severa e com contraindicação de tratamento cirúrgico, podem ser propostos, excepcionalmente, bloqueios neurolíticos de dois nervos por ombro, mediante justificativa detalhada. Bloqueios neurolíticos são feitos com álcool, glicerol, éter, xilol e fenol. □ Para os bloqueios neurolíticos/denervação, não há cobertura para procedimentos com radiofrequência (não preenche DUT 62), e os bloqueios neurolíticos químicos são pagas pelas codificações de bloqueios de nervo periférico (31403026 ou 31602118), em quantidade máxima 2 por lado, com lateralidade, ou pode ser ainda usada a codificação 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8), e como não é para toxina botulínica, não fica submetido à DUT, mas é paga por segmento anatômico. Não há pertinência de uso de codificações de neurólise, microneurólise, rizotomia, denervação facetária, ou outras codificações de cirurgia convencional.
D. SÍNDROMES DOLOROSAS DO COTOVELO	
30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por cotovelo. □ Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares ou artrite/artrose. □ Não existe evidência para viscosuplementação, intra ou extra-articular.
30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por cotovelo. □ São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do cotovelo.



	□ Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares) 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor	□ Para fins de remuneração, em quantidade máxima 3 de nervos periféricos (mediano, ulnar e radial) por cotovelo ou plexo 1x. □ Quando há dor intensa, com indicação de bloqueios nervosos, o bloqueio de plexo braquial é infiltração mais eficiente – 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor –, mediante justificativa, substituindo 31403026 e/ou 31602118.
E. SÍNDROMES DOLOROSAS DO PUNHO/ MÃO	
30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por punho. □ Podem ser indicadas para tratar lesões intra-articulares ou artrite/artrose. □ Não existem estudos de relevância para viscosuplementação, intra ou extra-articular, e se pedido, o assistente deve oferecer literatura comprobatória de relevância.
30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 1 por punho. □ São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos e tendões. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares e tendíneas, na região do punho. □ Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo



	remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares) 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor	□ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 3 de nervos periféricos (mediano, ulnar e radial) por punho, conforme síndrome ou situação, ou plexo 1x. □ O bloqueio de nervo periférico isolado para síndromes de dor no punho pode ser alternativa à infiltração extra-articular na síndrome do túnel do carpo, porém em quantidade 1x (mediano). □ No caso de traumas graves e fraturas, com necessidade de bloqueio da dor, o bloqueio do plexo braquial (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical), mediante justificativa, substitui 31403026 e/ou 31602118.
F. SÍNDROMES DOLOROSAS NO QUADRIL E REGIÃO GLÚTEA	
30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por quadril. □ Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como a osteoartrite da articulação do quadril ou lesões intra-articulares (labrum e cartilagem), ou impacto fêmoro-acetabular. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. □ Não existe evidência para viscosuplementação.
30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por quadril. □ São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do quadril e/ou glútea. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides. □ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo



	remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)	□ Para fins de remuneração, a quantidade varia de 1 a 3 nervos por quadril, conforme síndrome. □ Ex. PENG (NN. obturador, obturador acessório e femoral), N. femoral, N. obturatório, N. ciático. N. cutâneo lateral. □ São infiltrações para dor causada por compressão ou irritação de nervos periféricos na região glútea, quadril e pelve, e citamos como exemplo a síndrome do piriforme comprimindo o ciático, e a meralgia parestésica. □ Os medicamentos utilizados incluem anestésicos e corticoides. □ O pedido de bloqueios neurolíticos devem ser alicerçados por literatura, visto que muitos nervos são mistos (motores e sensitivos), e o bloqueio causaria déficit motor. Se feitos, devem ser remunerados pelas codificações de nervo periférico ou 20103140. □ O pedido de bloqueio de plexo ou bloqueios compartimentais (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor, mediante justificativa, podem ser opção para alguns casos, substituindo 31403026 e/ou 31602118. □ A síndrome da dor glútea profunda não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justifica usar ou agregar codificações de sistema nervoso autônomo/simpático. Dores simpáticas, como SDRC tipo I, podem cursar com dor glútea, mas são outra etiopatogenia, distinta da síndrome da dor glútea profunda.
G. SÍNDROMES DOLOROSAS DO JOELHO	
30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por joelho. □ Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. Não existe evidência para viscosuplementação, intra-articular.



30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem 20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo	□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por joelho. □ No joelho, para quadro de lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose, não há justificativa para punção extra-articular ou pontos gatilhos e infiltrações musculares. □ Exceções seriam a síndrome patelo-femoral, tendinites patelares e anserina, e síndrome da banda iliotibial, em que a patologia tem foco extra-articular. □ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por joelho.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares) 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)	□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 3 de nervos periféricos (e dos 4 geniculares) por joelho ou plexo 1x. □ Quando relacionado à trauma agudo ou pós-operatório, existe a figura dos bloqueios anestésicos compartimentais ou de plexo, para controle agudo da dor, (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor de forte intensidade, mediante justificativa, substituindo 31403026 e/ou 31602118. □ O bloqueio anestésico de geniculares é muito frágil como método terapêutico, pois gera efeito de horas a poucos dias, não justificando a sua complexidade. Então, deve ser diferenciado do ato de bloquear para outras punções. Os bloqueios anestésicos dos geniculares têm sustentação no contexto de bloqueio teste para a indicação de bloqueios neurolíticos subsequentes, para paciente com artrose avançada e que têm contraindicação para uma artroplastia, e somente nesta situação deve ser remunerado. □ Não há cobertura para bloqueio neurolítico/denervação por radiofrequência, pois não preenche DUT 62. O bloqueio neurolítico químico, com substâncias neurolíticas, é remunerado pelas codificações de bloqueio de



	nervo periférico, inclui a anestesia prévia, ou pode ser remunerado por 20103140.
H. SÍNDROMES DOLOROSAS DO TORNOZELO	
30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem	□ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo. □ Podem ser indicadas para tratar a dor por causas intra-articulares. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. Não existe evidência para sustentar a viscosuplementação intra-articular, a despeito de infiltração de corticoides e outras terapias não invasivas.
30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem 20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo	□ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo. □ No tornozelo, a infiltração extra-articular pode ser indicada para a síndrome de Haglund, síndrome do tendão tibial posterior, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, porém, nestas duas últimas síndromes, como o alvo são nervos, pode ser usada a codificação de infiltração extra-articular ou de bloqueio de nervo periférico. □ Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301) no tornozelo.
31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos 31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares) 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor	□ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo. □ Como expresso acima, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, pode ser usada a codificação de infiltração extra-articular ou de bloqueio de nervo periférico. □ Quando se trata de necessidade de bloqueio terapêutico por trauma ou pós-operatório, não existe contraindicação de comprometimento motor temporário, porque coibir a dor é mais importante que a motricidade, existe a figura do penta bloqueio de tornozelo. Muito comum durante os procedimentos cirúrgicos do tornozelo, podem ser usados também em condições de exceção, e contempla o bloqueio de até 5 nervos (fibular profundo, fibular superficial, tibial posterior, safeno e ramo cutâneo do nervo sural). Nesta situação específica, remunera-se até 5



		nervos periféricos, respeitadas as regras das ATAs 96 e 97.
I. SÍNDROMES MIOFASCIAS		
20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo		□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 2 por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento. Se é a única codificação para o procedimento, pode-se remunerar até 6 pontos, mediante justificativa.
J. BLOQUEIOS DE PLEXOS		
31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor		□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 1 por plexo. 1) Bloqueio do plexo lombar via inguinal ou 3 em 1 2) Bloqueio do plexo cervical 3) Bloqueio do plexo braquial 4) Bloqueio do plexo sacrococcígeo
K. BLOQUEIOS COMPARTIMENTAIS		
31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor		□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 1 por compartimento (1 por lado). 1) Bloqueio paravertebral torácico 2) Bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) 3) Bloqueios compartimentais lombares (do Psoas e Quadrado Lombar)
L. OUTROS BLOQUEIOS		
Bloqueio de intercostais	31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos	□ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por espaço intercostal ou algum bloqueio de plexo/compartimental (1 por lado)
	31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)	
	31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor	
M. BLOQUEIOS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO		
1) Bloqueio dos gânglios cervicais superiores e médios		
31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo		□ Para fins de remuneração, até quantidade 2 (lateralidade).
2) Bloqueios do gânglio estrelado		
Bloqueio anestésico	31602096 – Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local	□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 1. Para ser bilateral, necessário relatório médico detalhado.



Bloqueio neurolítico	31602100 – Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico	
3) Bloqueio dos gânglios torácicos		
Bloqueio anestésico	31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo 31602070 – Bloqueio anestésico simpático	☐ Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo (anestésico ou neurolítico), quantidade máxima 2 (pela lateralidade).
Bloqueio neurolítico	31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico	
4) Bloqueios viscerais		
Bloqueio anestésico	31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo 31602070 – Bloqueio anestésico simpático	☐ Para fins de remuneração de bloqueios anestésicos ou neurolíticos, quantidade máxima 1 por procedimento. ☐ Para bloqueios neurolíticos de plexo celíaco ou hipogástrico superior para dores de natureza oncológica, sem outros procedimentos, remunera com 100% de adicional, somente neste caso.
Bloqueio neurolítico	31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico	
5) Bloqueio simpático lombar		
Bloqueio anestésico	31602061 – Bloqueio anestésico de simpático lombar	☐ Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo (anestésico ou neurolítico), quantidade máxima 2 (pela lateralidade).
Bloqueio neurolítico	31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico	
6) Bloqueio simpático por via endovenosa		
31602177 – Bloqueio simpático por via venosa		☐ Para fins de remuneração, pago apenas quando realizado isoladamente, como sessão terapêutica.
N. IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO		
31401090 – Implante de eletrodo cerebral profundo (com diretriz definida pela ANS nº 38)		☐ Não contemplado pela DUT 38. Pode ser uma opção extra-Rol para dores centrais.
O. IMPLANTE DE ELETRODO MEDULAR		
31401104 – Implante de eletrodos cerebral ou medular (com diretriz definida pela ANS nº 37)		☐ Para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 1x por procedimento (1x cada fase – teste e final), seja cirúrgico ou percutâneo. ☐ Se cirúrgico, inclui laminectomia. ☐ Para ambas as fases, há regramentos vigentes para remuneração de radioscopia e honorários de monitorização intraoperatória, inclusive 40103439, para equipe cirúrgica. Não se remunera



	de forma associada bloqueios de nervos periféricos, de sistema nervoso autônomo, de plexo e epidurais (inclusive 31602223).
Variante – Implante em gânglios da raiz dorsal Fase teste 31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39) Fase final 31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39)	□ Variante tecnicamente muito recente de estimulação, mas que por ser raiz posterior, remunera-se como nervo periférico. □ Para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 2xx por procedimento (2xx por fase – teste e final), seja cirúrgico ou percutâneo. □ Para ambas as fases, há regramentos vigentes para remuneração de radioscopia e honorários de monitorização intraoperatória, inclusive 40103439, para equipe cirúrgica. Não se remunera de forma associada bloqueios de nervos periféricos, de sistema nervoso autônomo, de plexo e epidurais (inclusive 31602223).
P. IMPLANTE DE BOMBA INTRATECAL	
31401120 – Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos (com diretriz definida pela ANS nº 45)	□ Para fins de remuneração, cabe 31401120 1x, sem nenhuma outra codificação associada, inclusive mielografia ou reposição de droga na bomba. □ A bomba originalmente vem vazia, então sempre será cobrado um refil também na primeira colocação, mas não o honorário. □ No caso de defeitos que exijam cirurgia para manutenção, retirada ou troca de algum componente do sistema, a única codificação cabível é 31403328. Revisão de sistema implantado para infusão de fármacos, para fins de remuneração, é contabilizada na quantidade 1x. Não se aplica agregar honorário da recarga de droga associado. □ 31403301 – Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas é o procedimento de reposição de drogas, que pode ser feito ambulatorialmente ou até em consultório.
Q. IMPLANTE DE ELETRODOS EM PLEXOS OU NERVOS PERIFÉRICOS	
31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39)	□ Para fins de remuneração, cabe 31403140 1x por segmento corporal, independentemente do número de nervos modulados, sem nenhuma outra codificação associada. □ A estimulação elétrica percutânea prévia de teste é feita ambulatorialmente, na forma de um exame eletrofisiológico.
R. CORDOTOMIA E MIELOTOMIA	



30715067 – Cordotomia – mielotomia	☐ Para fins de remuneração, contempla-se as codificações 30715067 ou 31402011 1x por procedimento.
31402011 – Cordotomia – mielotomia por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS nº 17)	☐ Não se remunera outras codificações associadas, e não há lateralidade.
S. DREZOTOMIA	
31402020 – Lesão de substância gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS nº 55)	☐ Para fins de remuneração, contempla-se a quantidade máxima de dois segmentos vertebrais por cirurgia, sem lateralidade. ☐ Não se remunera outras codificações associadas. ☐ Não há evidências científicas e não é coberta pela DUT 55 quando para dor mielopática associada à lesão medular.

22.0 RADIOLOGIA

22.1 Desdobramento de exames: Os exames de imagem que foram desdobrados ou sofreram sobreposição tiveram seus valores adequados no ROL de Procedimentos Médicos Unimed, mantendo-se o preço praticado. (p.ex: Ultra-sonografia vascular com doppler colorido, deixa de ser remunerado em dois códigos, porém mantém o preço praticado).

22.2 Quando solicitado ultrassonografia de estrutura superficial, o doppler é excludente quando for na mesma estrutura.Exemplos:

40901203 US-Órgãos superficiais (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)

40901386 Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada

40901220 US - Articular (por articulação)

40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axila ou músculo ou tendão)

22.3 Métodos intervencionistas por imagem

a) Quando houver procedimento intervencionista o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago. Exceto quando houver código específico para este procedimento ou código já valorado conforme as regras vigentes.

b) Referente aos códigos 31201032 e 31201040: Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).

c) Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

d) Angiografias por cateter (40812030, 40812049, 40812057 e 40812065) incluem-se no máximo 3 vasos.

e) Quando realizado angiografia diagnóstica e / ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 2.0 destas Instruções Gerais.

f) Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.



g) Angiomedular - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.

h) Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.

i) Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.

j) Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

22.4. Tomografia computadorizada

a) Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do procedimento correspondente.

b) Os atos médicos praticados pelo anestesiologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo indicador anestésico C, código 31602274.

c) O código 31602274 Anestesia para exames de tomografia computadorizada indicador anestésico C, deve ser aplicado uma única vez independente da quantidade de exames de tomografia computadorizada realizadas.

d) Artro-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste.

e) Quando solicitado exame de 02 áreas, na segunda área será cobrado 70% do valor total do procedimento (HM + CO).

f) Quando solicitado exame de 03 áreas, na segunda área será cobrado 70% e na terceira 50% do valor total do procedimento (HM + CO).

g) Referente à remuneração do código 41001125 TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombosacra (até 3 segmentos) quando solicitado exame de 3 áreas, na segunda área ou segmento adicional, será cobrado 70% e, na terceira em diante, 50% do valor total do procedimento. (HM + CO).

h) Somam-se os valores dos filmes de cada área.

22.4.1 Tomografia de Corpo Total com Baixa Dose

A indicação do exame é recomendada para pacientes com pico monoclonal e plasmócitos aumentados, mas sem evidência de anemia, hipercalcemia ou insuficiência renal aguda, ou seja, nos casos em que há suspeita de mieloma múltiplo ainda não confirmada por mielograma. A detecção de lesão óssea representa o terceiro critério menor para confirmação diagnóstica.

Para esses casos caberá o pagamento dos seguintes exames em conjunto: 1 TC abdômen total, 2 TC articulação, 1 TC crânio, 1 TC pescoço, 2 TC segmentos apendiculares e 1 TC tórax.

22.5 Ressonância magnética



- a) Quando solicitado exame de dois (2) segmentos a serem realizados no mesmo período, o segundo será cobrado com 80% do valor total do procedimento (HM + CO).
- b) Estudo dinâmico de RM: acrescentar 50% ao valor do total do procedimento (HM + CO).
- c) Quando solicitada conjuntamente com outro exame segue a regra de 02 segmentos.
- d) O código 31602282 Anestesia para exames de ressonância magnética indicador anestésico E, deve ser aplicado da seguinte forma: 100% para a primeira ressonância e 50% para duas subsequentes, no limite da quantidade três para o anestesista, mesmo que o número de exame seja superior a três.

22.5.1 Ressonância de Corpo Total

A aplicação está condicionada às síndromes de Li-Fraumeni, Lynch e Neuroblastoma. Para esses diagnósticos caberá o pagamento dos seguintes exames em conjunto: 1 RNM crânio, 1 RNM pescoço, 1 RNM mama, 1 RNM abdômen superior, 1 RNM pelve, 1 RNM torác, 4 RNM de articulações e 2 RNM de membros. A ressonância de MAMA será remunerada exclusivamente para mulher após a menarca, por conta do risco de câncer.

O uso de contraste, quando indicado, deverá ser remunerado uma única vez.

22.6. Ultrassonografias

- a) A cada ultrassonografia realizada, será pago o valor de 100% no Intercâmbio Nacional.
- b) Os procedimentos 40901335 Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino) e 40901173 Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remunerados concomitantemente; entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Este critério se aplica também aos procedimentos 40901300 Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e 40901181 Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo).
- c) Referente aos códigos 40902030 e 40902048: Já incluem o código 40901335.
- d) Procedimentos intervencionistas orientados por ultrassom acrescem portes e normas do item IV destas Instruções Gerais.

22.7. Angiorradiologia 40812995

Os atos médicos praticados pelo anestesista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo indicador anestésico E, código 31602258, deve ser aplicado uma única vez independente da quantidade de exames de angiografias realizadas.

23.0

MEDICINA NUCLEAR

23.1 O procedimento 40701140 (Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico) inclui teste ergométrico convencional (40101045) e o Teste Ergométrico Computadorizado (40101037).

23.2 Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído o indicador anestésico G, código 31602320.

23.3 Os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor.



24.0 MEDICINA TRANSFUSIONAL – INSTRUÇÕES TÉCNICAS

24.1 O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.

24.2 Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e / ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.

24.3 Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.

24.4 As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.

24.5 Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco periférica, acompanhamento hospitalar / dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 3.0 destas Instruções Gerais.

24.6 O honorário atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e / ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um honorário para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 40401022.

24.7 Pagamento para banco de sangue quando cobrado na forma de pacote, no Intercâmbio Nacional informar o código principal, composição e respectivo valor no campo de observações.



25.0 ELETROFISIOLOGIA

25.1 A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

25.2 Referente ao código 30918081: - procedimento terapêutico; - permanência hospitalar máxima de dois dias; - de duas a quatro vias de acessos vasculares distintas; - vias de acessos especiais, como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade; - estudo eletrofisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos e mapeamento eletroanatômico 3D encerram objetivos diversos não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação e/ou que envolvem alto grau de complexidade, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou quando realizados por decisão transoperatória.

Procedimentos excludentes: - acessos vasculares periféricos; - acessos vasculares centrais; - cateterismo de câmaras cardíacas; - provas farmacológicas ou elétricas.

25.3 Referente ao código 30918030: - procedimento de identificação da região responsável pela arritmia por meio de técnica de mapeamento em imagem 3D; - não dispensa o mapeamento convencional por técnica eletrofisiológica; - habitualmente empregada nos procedimentos de ablação percutânea.

26.0 TERAPIAS POR OUTROS PROFISSIONAIS

26.1 Consulta hospitalar fisioterapia

A consulta hospitalar em fisioterapia será remunerada uma por internação quando solicitado pelo médico assistente e registrada em prontuário. Não será remunerada concomitante a sessão.

Na necessidade de outra consulta deverá haver justificativa/solicitação do médico assistente.

27.0 Rejeição de enxerto renal - tratamento ambulatorial - avaliação clínica diária

O valor da primeira avaliação corresponde a uma visita hospitalar. O valor das avaliações subsequentes será considerado um terço da visita hospitalar.

28.0 Definição de órgãos superficiais e profundos

1) Cabeça e Pescoço:

Estruturas superficiais: linfonodos, glândulas salivares (submandibulares /parótidas, sublinguais), cisto tireoglosso, tireoide em geral (tópica, ectópica e mergulhante), paratireoides tópicas, músculos superficiais (esternocleidomastoideo, platisma, masseter, temporal, da mímica facial, trapézio e cervicais posteriores) e estruturas do couro cabeludo (pele e subcutâneo).

Estruturas profundas: músculos, pré-vertebrais, órbita, seios da face, espaços cervicais profundos (parafaríngeo, mucosofaríngeo, espaço mastigador - músculos pterigoideo medial e lateral), fossa pterigopalatina, ossos em geral e demais estruturas dentro do arcabouço ósseo.

2) Tórax e Abdome:



Estruturas superficiais: fica restrito a parede torácica e abdominal, incluindo pele, tecido celular subcutâneo, musculatura superficial (exceto: diafragma, piriforme, obturador interno e iliopsoas), axilas, mamas (tem codificação específica), testículos e linfonodos axilares/parede torácica/inguinais.

Estruturas profundas: órgãos intratorácicos (pulmões, timo/loja tímica, mediastino, esôfago, pericárdio, coração e cadeia nervosa paravertebral) órgãos intra-abdominais (fígado, baço, adrenais, rins, pâncreas, vesícula biliar, bexiga, útero, ovário, próstata, vesículas seminais, aorta, veia cava, omento, estômago, alças intestinais, gordura peritoneal, gordura retroperitoneal, linfonodos peritoneais/retroperitoneais, massas de etiologia a esclarecer, cadeia nervosa paravertebral, nervo ciático (em casos de massas) e músculos - diafragma, piriforme, obturador interno e iliopsoas).

3) Membros Superiores e Inferiores:

Estruturas superficiais: pele, tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e nervos superficiais.

Estruturas profundas: ossos, nervos profundos e massas intra ou periarticulares.

Obs: Considerando o conceito de cirurgia ortopédica oncológica, a estrutura que estiver abaixo da fáscia é profunda

Prazos para encaminhamento das solicitações

Para atender as Resoluções Normativas vigentes, seguem os prazos estabelecidos para o Intercâmbio Nacional de acordo com o Manual Operacional de Atendimento e Autorização do Beneficiário no Intercâmbio Nacional.

Descrição	Prazos ANS para resposta à realização da solicitação de acordo com as Resoluções Normativas vigentes		Prazo do Intercâmbio Nacional para atender as Resoluções		Total do Prazo	Junta Médica
			Unimed Executora	Unimed Origem		
Urgência e emergência	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Seguir o prazo previsto no item 1.2.33 do Manual Operacional de Atendimento e Autorização do Beneficiário No
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	Até 3 dias úteis	Até 3 dias úteis	Baixo Risco ou até 1 dia útil	Baixo Risco ou até 2 dias úteis	Imediato ou até 3 dias úteis	
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Até 10 dias úteis	Até 5 dias úteis	Baixo Risco ou até 2 dias úteis	Baixo risco ou até 3 dias úteis	Imediato ou até 5 dias úteis	



Atendimento em regime de hospital-dia e para Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer e Medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamento antineoplásicos	Até 10 dias úteis	Até 5 dias úteis	Até 2 dias úteis	Até 3 dias úteis	Até 5 dias úteis	Intercambio Nacional
Procedimentos de Alta Complexidade - PAC (medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização)	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	Até 4 dias úteis	Até 6 dias úteis	Até 10 dias úteis	
Atendimento em regime de internação eletiva	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	Até 4 dias úteis	Até 6 dias úteis	Até 10 dias úteis	

