

## ÍNDICE

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	Pág.
<b>DIRETRIZES GERAIS</b>	4
1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO	4
2. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE	4
3. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIO X OU US (MAMOTOMIA)	5
4. CIRURGIA REFRAATIVA (PRK OU LASIK)	5
5. CITOMEGLOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR	5
6. CONSULTAS/SESSÕES COM FONOaudiólogo	6
7. CONSULTAS/SESSÕES COM NUTRICIONISTA	6
8. D-Dímero	7
9. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO	7
10. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA PARA TRATAMENTO DE MIOMA	7
11. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE	8
12. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO	8
13. HEPATITE C – GENOTIPAGEM	8
14. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS	9
15. IMPLANTE COCLEAR	10
16. IMPLANTE DE ELETRODO OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA	11
17. IMPLANTE DE ELETRODO OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR	11
18. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	11
19. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA	12
20. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)	12
21. MAMOGRAFIA DIGITAL	12
22. PET SCAN ONCOLÓGICO	12
23. SUCCINIL ACETONA	13
24. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)	13
25. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA	13
<b>ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA</b>	14
26. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)	14

BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996 .....	14
27. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA).....	15
BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996 .....	15
<b>DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS .....</b>	<b>17</b>
28. IMPLANTE DE DESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS, ELETRODOS E GERADOR.....	17
29. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR).....	17
<b>GENÉTICA.....</b>	<b>18</b>
30. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA POR PCR .....	18
31. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO .....	18
32. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION).....	19
33. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO.....	19
<b>OBESIDADE MÓRBIDA.....</b>	<b>20</b>
34. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA .....	20
35. DERMOLIPECTOMIA.....	20
36. GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA)	21
<b>SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>22</b>
37. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO .....	22
38. APLICAÇÃO DE SELANTE .....	22
39. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA.....	22
40. CIRURGIA DE TUMORES ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO .....	22
41. CIRURGIA DE TUMORES ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA .....	23
42. COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO EM ODONTOPIEDATRIA .....	23
43. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) .....	23
44. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA.....	23
45. RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) .....	23
46. REABILITAÇÃO COM COROA DE JAQUETA RESINA ACRÍLICA OU CERÔMERO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA .....	24

47. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA.....	24
48. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA.....	24
49. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA.....	24
50. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA .....	25
51. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO- SINUSAIS.....	25
52. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.....	25
<b>SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>25</b>
53. CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL .....	25
54. CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL .....	26
55. SESSÃO DE PSICOTERAPIA .....	26
56. HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO .....	26

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º XXX/XXXX**

### **ANEXO II**

#### **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

##### **DIRETRIZES GERAIS**

###### **1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO**

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

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

###### **2. AVIDEZ DE IgG PARA TOXOPLASMOSE**

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

- a. quando o resultado do IgM for maior que 2;

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

### **3. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIO X OU US (MAMOTOMIA)**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. estudo histopatológico de lesões não palpáveis;
- b. nódulos mamários menores que 2 cm;
- c. nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS.

### **4. CIRURGIA REFRATIVA (PRK OU LASIK)**

1. Cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 com a refração medida através de cilindro negativo;
- b. hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0, com a refração medida através de cilindro negativo.

### **5. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR**

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

- a. pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico);
- b. pacientes com infecções congênitas.

## **6. CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO**

1. Cobertura obrigatória de 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
  - b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou Taquifemia [Linguagem Precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
  - c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
  - d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
  - e. pacientes com disfagia (CID R13);
  - f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
  - g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: **Disfasia** e afasia; Disartria e anartria; Apraxia; Dislexia e Disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).
2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

## **7. CONSULTAS/SESSÕES COM NUTRICIONISTA**

1. Cobertura obrigatória, em número ilimitado de consultas/sessões, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
  - a. ter diagnóstico confirmado de Diabetes;
  - b. ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista)
  - c. ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses
  - d. ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses
  - e. ter realizado pelo menos 1 fundoscopia nos últimos 12 meses

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

## **8. D-Dímero**

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

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

## **9. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO**

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

## **10. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA PARA TRATAMENTO DE MIOMA**

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

- a. neoplasia ou hiperplasia endometriais;
- b. adenomiose;
- c. presença de malignidade;
- d. gravidez/Amamentação;
- e. doença inflamatória pélvica aguda;
- f. vasculite ativa;
- g. história de irradiação pélvica;
- h. coagulopatias incontroláveis;
- i. insuficiência renal;

- j. desejo de gravidez futura, quando não existir contra-indicação à miomectomia;
- k. uso concomitante de análogos de GnRH;

## **11. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada);
  - b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

## **12. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO**

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

## **13. HEPATITE C – GENOTIPAGEM**

1. Cobertura obrigatória na avaliação para início de tratamento da hepatite C, na presença de atividade necro-inflamatória e fibrose moderada a intensa evidenciada em biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos\*, quando

preenchidos pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. paciente com hepatite viral aguda C;
- b. pacientes com hepatite viral crônica C com idade entre 12 e 70 anos, contagem de plaquetas acima de 50.000/mm<sup>3</sup> e contagem de neutrófilos superior a 1.500/mm<sup>3</sup>).

Grupo II

- a. tratamento prévio com interferon peguiulado associado ou não à ribavirina;
  - b. consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
  - c. hepatopatia descompensada;
  - d. cardiopatia grave;
  - e. doença da tireóide descompensada;
  - f. neoplasias;
  - g. diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle ou descompensada;
  - h. convulsões não controladas;
  - i. imunodeficiências primárias;
  - j. controle contraceptivo inadequado;
  - k. gravidez (beta-HCG positivo).
2. Cobertura obrigatória exceto nos casos de pacientes com hepatite viral aguda C com diagnóstico bem estabelecido, hemofilia ou cirrose compensada com varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, por ser a biópsia hepática contra-indicada nestas situações.

#### **14. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS**

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

## **15. IMPLANTE COCLEAR**

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

- a. surdez neuro-sensorial severa ou profunda bilateral com código lingüístico estabelecido (casos de surdez pós-lingual ou de surdez pré-lingual, adequadamente reabilitados);
- b. ausência de benefício com prótese auditiva (menos de 30% de discriminação vocal em teste com sentenças);
- c. avaliação psicológica para motivação do uso e da reabilitação fonoaudiológica.

2. Em menores de 18 anos, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. surdez pós-lingual;
- b. experiência com prótese auditiva, durante pelo menos três meses;
- c. incapacidade de reconhecimento de palavras em conjunto fechado;
- d. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante coclear e da reabilitação fonoaudiológica da criança/adolescente.

3. Em crianças a partir de 06 meses até seis anos, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos o seguinte critério:

- a. surdez pré-lingual na deficiência auditiva neurossensorial profunda;
- b. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante coclear e da reabilitação fonoaudiológica da criança.

4. Em crianças a partir de 1 ano até seis anos, a cobertura será obrigatória quando forem preenchidos o seguinte critério:

- a. surdez pré-lingual na deficiência auditiva neurossensorial severa;
- b. avaliação psicológica da família para motivação do uso do implante cóclea e da reabilitação fonoaudiológica da criança.

## **16. IMPLANTE DE ELETRODO OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA**

1. Cobertura obrigatória nos casos de:

- a. pacientes com tremor essencial ou doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, sem outra doença neurológica ou psiquiátrica associada, que apresentem função motora preservada ou residual no segmento superior; ou
- b. pacientes maiores de oito anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.

## **17. IMPLANTE DE ELETRODO OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR**

1. Cobertura obrigatória quando indicado para pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de seis meses, quando métodos conservadores de controle da dor tenham falhado, não haja abuso de drogas ou outros transtorno psiquiátrico associado, e exista comprovação de redução significativa da dor com estimulação elétrica medular não invasiva.

## **18. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. dor nociceptiva que foi rebelde aos tratamentos farmacológico (com analgésicos comuns e AINES-antiinflamatórios não esteroidais com ou sem medicamentos adjuvantes), fisiátrico e psiquiátrico;
- b. melhora com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, acompanhada de recidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizaram a administração sistêmica do medicamento);

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

## **19. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA**

- 1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

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

- 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. espasticidade em pacientes paraplégicos;
  - b. espasticidade em pacientes hemiplégicos;
  - c. espasticidade assimétrica em crianças;
  - d. dor neuropática - lesão periférica.

## **21. MAMOGRAFIA DIGITAL**

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

## **22. PET SCAN ONCOLÓGICO**

- 1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - a. para caracterização das lesões;
  - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;

- c. na detecção de recorrências.
2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- a. no estadiamento primário;
  - b. na avaliação da resposta terapêutica;
  - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

## **23. SUCCINIL ACETONA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sangüínea de tirosina aumentada);
  - b. pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

## **24. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. ausência de doença cardíaca conhecida, para avaliação do componente neurovascular como causa de episódios recorrentes de síncope;
  - b. existência de doença cardíaca, depois que tenham sido excluídas as causas cardiogênicas.

## **25. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a. pacientes portadores de epilepsia com comprovada refratariedade ao tratamento medicamentoso, estabelecida pela comprovação da

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

## **ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

### **26. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

#### **BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996**

1. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária tem cobertura obrigatória em casos de:
  - a. mulheres com capacidade civil plena;
  - b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
  - c. deve ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
  - d. em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
  - e. apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
  - f. em caso de casais, a realização da laqueadura depende do consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
  - g. toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2. É vedada a realização de laqueadura tubária nos seguintes casos:
- a. mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
  - b. a realização do procedimento através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
  - c. não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
  - d. a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

## **27. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)**

### **BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996**

1. A esterilização masculina representada pelo método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.
2. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória de acordo com os seguintes critérios:
  - a. homens com capacidade civil plena;
  - b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
  - c. deve ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e segurança na decisão por parte da pessoa solicitante;

- d. apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação de vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sucesso após reversão e opções de outros métodos contraceptivos existentes;
- e. em caso de casais, a execução da cirurgia dependerá do consentimento expresso do cônjuge em documento específico escrito e firmado;
- f. o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
- g. o procedimento cirúrgico para esterilização masculina deve ser realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
- h. avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do solicitante;

3. É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:

- a. durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- b. a cirurgia para esterilização masculina em pessoas incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

## **DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS**

### **28. IMPLANTE DE DESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS, ELETRODOS E GERADOR**

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

- a. recuperados de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ou fibrilação ventricular de causa não reversível, com fração de menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural, ou
- b. taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com FE menor ou igual a 35%, ou
- c. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, clinicamente relevante, com fração de menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural.

### **29. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

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

## **GENÉTICA**

### **30. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA POR PCR**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. sinais clínicos indicativos de existência atual das seguintes patologias, quando esgotadas todas as possibilidades diagnósticas: distrofia muscular de Duchenne/Becker; distrofia miotônica (doença de Steinert); ataxia espinocerebelar tipos 1, 2, 3 (doença de Machado-Joseph), 6 e 7; doença de Kennedy; doença de Gaucher; alfa e beta-Talassemias; neoplasia endócrina múltipla tipo 2, Ataxia de Friedreich; e Atrofias espinhais progressivas (AEP); X-frágil e hemocromatose;
  - b. sinais clínicos indicativos de existência atual de doença monogênica não descrita no item 1, quando esgotadas todas as possibilidades diagnósticas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.
2. Para aconselhamento genético, quando houver história familiar de doença monogênica, indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.
3. Nos casos de impossibilidade de realização da análise por PCR, a cobertura por outra técnica torna-se obrigatória.

### **31. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. pacientes com trombose venosa recorrente;
  - b. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;

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

### **32. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)**

- 1. Cobertura obrigatória quando houver sinais clínicos indicativos da existência atual das síndromes, quando esgotadas todas as demais possibilidades diagnósticas.

### **33. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO**

- 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - g. pacientes com trombose venosa recorrente;
  - h. pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática;
  - i. pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa;
  - j. pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM;
  - k. pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa;
  - l. familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

## **OBESIDADE MÓRBIDA**

### **34. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA**

1. Cobertura obrigatória para pacientes com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

#### **Grupo I**

- a. IMC entre 35 Kg/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- b. IMC entre 40 Kg/m<sup>2</sup> e 50 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem co-morbidade.

#### **Grupo II**

- a. pacientes com IMC superior a 50 kg/m<sup>2</sup>;
- b. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- c. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d. hábito excessivo de comer doces.

OBS: Exemplos de técnicas cirúrgicas contempladas: CIRURGIA RESTRITIVA, GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA, CIRURGIA DE MASON, GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA e GASTROPLASTIA VERTICAL SEM DERIVAÇÃO. O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.

### **35. DERMOLIPECTOMIA**

1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em aevental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

### **36. GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA)**

1. Cobertura obrigatória para pacientes com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

#### **Grupo I**

- a. IMC entre 35 e 39,9 Kg/ m<sup>2</sup>, com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou **doença coronariana, ou** osteo-artrites, entre outras) ou
- b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem co-morbidades

#### **Grupo II**

- a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

OBS: Exemplos de técnicas cirúrgicas contempladas:

CIRURGIA MISTA; CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE RESTRITIVO; GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL; DESVIO GÁSTRICO COM Y DE ROUX; GASTROPLASTIA COM DESVIO INTESTINAL COM Y DE ROUX, COM OU SEM ANEL DE ESTREITAMENTO OU CONTENÇÃO NA SAÍDA DO ESTÔMAGO REDUZIDO; CIRURGIA DE FOBI, FOBI-CAPELLA ou CAPELLA; BYPASS GÁSTRICO; CIRURGIA MISTA COM MAIOR COMPONENTE DESABSORTIVO;

CIRURGIA PREDOMINANTEMENTE DESABORTIVA; DERIVAÇÃO BILIO-PANCREÁTICA, COM GASTRECTOMIA DISTAL OU COM GASTRECTOMIA VERTICAL, PRESERVAÇÃO PILÓRICA E DESVIO DUODENAL; CIRURGIA DE SCOPINARO; DUODENAL-SWITCH.

O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.

## **SAÚDE BUCAL**

### **37. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO**

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

### **38. APLICAÇÃO DE SELANTE**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;
- b. dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- c. presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

### **39. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA**

1. Cobertura obrigatória de 03 (três) sessões por ano de contrato em pacientes com comportamento não cooperativo/pacientes de difícil controle.

### **40. CIRURGIA DE TUMORES ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO**

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

**41. CIRURGIA DE TUMORES ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA**

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

**42. COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO EM ODONTOPEDIATRIA**

1. Cobertura obrigatória em dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto.

**43. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)**

1. Cobertura obrigatória, como procedimento de caráter provisório, em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.

**44. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA**

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

**45. RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)**

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

#### **46. REABILITAÇÃO COM COROA DE JAQUETA RESINA ACRÍLICA OU CERÔMERO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

1. Cobertura obrigatória em dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto.

#### **47. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

1. Cobertura obrigatória em dentes posteriores não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida

#### **48. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
  - a. dente com tratamento endodôntico prévio;
  - b. dente suporte para prótese odontológica unitária.

#### **49. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:
  - a. dente com tratamento endodôntico prévio;
  - b. dente suporte para prótese odontológica unitária;
  - c. dente em que não é indicado o uso de núcleo metálico fundido.

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

1. Cobertura obrigatória em dentes posteriores, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto

**51. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU  
BUCO-SINUSAIS**

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

**52. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS  
MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL**

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

**SAÚDE MENTAL**

**53. CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA  
OCUPACIONAL**

1. Cobertura obrigatória de 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
  - b. pacientes com diagnóstico de Transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);

- c. pacientes com diagnóstico de Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89).

#### **54. CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL**

- 1. Cobertura obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. pacientes com diagnóstico de Demência (CID F 00 à F 03);
  - b. pacientes com diagnóstico de Retardo (CID F 70 à F 79).

#### **55. SESSÃO DE PSICOTERAPIA**

- 1. Cobertura obrigatória de 24 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. pacientes com diagnóstico de Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F 48);
  - b. pacientes com diagnóstico de Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50 a F 59);
  - c. pacientes com diagnóstico de Transtornos do humor (CID F 30 a F 39);
  - d. Pacientes com diagnóstico de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

#### **56. HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO**

- 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:
  - a. paciente portador de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
  - b. paciente portador de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
  - c. paciente portador de Transtornos do humor (Episódio Maníaco e Transtorno Bipolar do Humor) (CID F30 e F31);

d. paciente portador de Transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).