

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX/XXX**

### **ANEXO II - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - 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.