

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX/XXX**

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

#### **14. 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.