

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX/XXX**

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

#### **24. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:

##### Grupo I

- a. dor neurogênica;
- b. dor músculo-esquelética;
- c. dor visceral;
- d. dor simpaticamente mediada;
- e. dor pós-traumática;
- f. dor leve a moderada pós-operatória;
- g. espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.

##### Grupo II

- a. paciente no primeiro trimestre da gestação;
- b. para melhora do equilíbrio dos pacientes com sequela de AVE em fase crônica;
- c. pacientes portadores de:
  - ✓ marcapassos cardíacos;
  - ✓ arritmias cardíacas, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente;
  - ✓ dor de etiologia desconhecida;
  - ✓ epilepsia, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente.
- d. quando a estimulação ocorrer nas seguintes regiões:
  - ✓ na parte anterior do pescoço;
  - ✓ na região da cabeça, quando posicionado de forma transcerebral;

- ✓ pele com solução de continuidade;
- ✓ pele com parestesia ou anestesia (sensibilidade anormal);
- ✓ abdomen durante a gestação;
- ✓ regiões com implantes metálicos;
- ✓ áreas recentemente irradiadas;
- ✓ próximo à boca e sobre os olhos;
- ✓ sobre o seio carotídeo.