

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX/XXX

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

39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

1. Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso.
2. Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback);
 - b. teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral.
3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses;
 - c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.