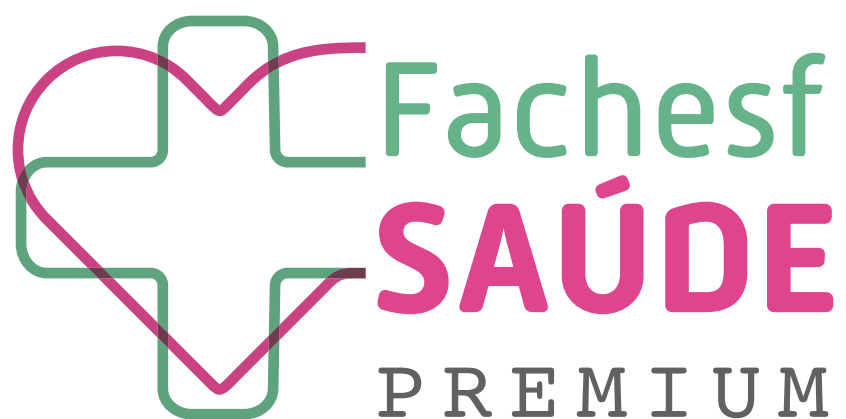


REGULAMENTO



FACHESF-SAÚDE PREMIUM

CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. FUNDAÇÃO CHESF DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE SOCIAL - FACHESF, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 31723-3, classificada como autogestão, com patrocínio e sem mantenedor, inscrita no CNPJ sob o nº 42.160.192/0001-43, localizada na Rua do Paissandu, 58, Boa Vista, Recife/PE, é a entidade a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. Considera-se PATROCINADORA toda pessoa jurídica, instituição pública ou privada, que vier a firmar convênio de adesão, na forma prevista no Estatuto da Entidade e na legislação em vigor, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – FACHESF na qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

Art. 3º. Considera-se INSTITUIDORA toda pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que cria plano de benefício previdenciário para os seus associados ou membros, a ser administrado por uma Entidade Fechada de Previdência Complementar.

Art. 4º. A formalização da condição de PATROCINADORA / INSTITUIDORA será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

Art. 5º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado FACHESF-SAÚDE PREMIUM, está registrado na ANS sob o nº 493.976/22-0 e possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de contratação: Coletivo por adesão.
- II. Segmentações assistenciais: Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; odontológico.
- III. Fator moderador: Coparticipação.
- IV. Área geográfica de abrangência: Grupo de Estados.
- V. Área geográfica de atuação: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Rio de Janeiro e São Paulo.
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual.

VII. Formação do preço: Pré-estabelecido.

VIII. Cobertura assistencial: Limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

IX. Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 6º. O FACHESF-SAÚDE PREMIUM, doravante denominado “PLANO”, é um Plano de assistência à saúde destinado aos titulares, extensivo aos seus dependentes, doravante denominados “BENEFICIÁRIOS”, os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único – O objetivo do plano é oferecer aos BENEFICIÁRIOS a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme a legislação vigente e as regras retratadas neste instrumento.

Art.7º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou cobertura de despesas assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento, para as seguintes segmentações: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia.

Parágrafo Único – O presente instrumento traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

CAPÍTULO III – DAS DEFINIÇÕES

Art. 8º. Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

I. Acidente pessoal: evento ocorrido em data específica que é provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

- II.** Adjuvantes: medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- III.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.
- IV.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.
- V.** Ambulatório: estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas, de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos, sem a necessidade de internação hospitalar.
- VI.** Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.
- VII.** Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório, os quais não exigem internação hospitalar.
- VIII.** Auditoria ou perícia: atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e relações humanas e sociais.
- IX.** BENEFICIÁRIO: pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.
- X.** Carência: prazo ininterrupto durante o qual os BENEFICIÁRIOS não têm direito às coberturas pactuadas.
- XI.** Carteira de identificação: documento de identificação do BENEFICIÁRIO para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.
- XII.** Categoria de BENEFICIÁRIO: é dividida em BENEFICIÁRIO titular, BENEFICIÁRIO dependente direto e BENEFICIÁRIO agregado.
- XIII.** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10): ferramenta epidemiológica do cotidiano médico, a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

XIV. Complicações no processo gestacional: alterações patológicas durante a gestação, a exemplo de gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

XV. Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o artigo 35-A da Lei nº 9.656/98.

XVI. Coparticipação: parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO titular à operadora de saúde quando são utilizados os serviços cobertos, por si e por seus dependentes, e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XVII. Doença grave: conforme legislação brasileira: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (câncer), cegueira, hanseníase, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose), hepatopatia grave.

XVIII. Evento: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo BENEFICIÁRIO do plano.

XIX. Exames complementares de diagnóstico: exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.

XX. Hospital-Dia: atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

XXI. Internação hospitalar eletiva: internação programada, ou seja, não emergencial.

XXII. Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.

XXIII. Mensalidade: valor pago pelo BENEFICIÁRIO titular, com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde, por si e por seus dependentes.

XXIV. Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam na lista de credenciados da operadora de saúde.

XXV. Modalidade livre escolha: escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.

XXVI. Portador de doença grave: portadora de doença grave classificada pela OMS.

XXVII. Reciprocidade: convênio celebrado entre duas operadoras de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde, de modo a prestar atendimentos aos BENEFICIÁRIOS, permutando os serviços e observando as normas de cada Operadora.

XXVIII. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: listagem mínima e obrigatória de procedimentos que um plano de saúde deve oferecer.

CAPÍTULO IV – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 9º. Serão considerados BENEFICIÁRIOS titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo PLANO, às pessoas naturais que sejam Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – FACHESF.

§1º. Os titulares de outros planos de saúde da FACHESF, desde que elegíveis conforme o caput deste Artigo, poderão solicitar a transferência para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

§2º. Os titulares de outros planos de saúde, desde que elegíveis conforme o caput deste Artigo, poderão exercer a portabilidade para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, devendo, para tanto, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela RN nº 438/2018 e suas alterações e/ou demais normas emanadas pela ANS posteriormente.

Art. 10º. Serão considerados, para efeito do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, desde que respeitadas as normas internas da PATROCINADORA/INSTITUIDORA:

I. Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente direto:

- a) Cônjuge do titular;
- b) Companheiro(a), desde que viva em união estável com o BENEFICIÁRIO titular, inclusive do mesmo sexo, configurada a convivência pública, contínua e duradoura ou tenha filho(a) com o respectivo companheiro(a), sendo vedada a inscrição simultânea do cônjuge e do(a) companheiro(a);
- c) Filho(a) e enteado(a) até 24 (vinte e quatro) anos;
- d) Filho(a) e enteado(a) com deficiência, de qualquer idade;
- e) Menor sob guarda.

II. Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente agregado:

- a) Filho(a) e enteado(a) acima de 24 (vinte e quatro) anos;
- b) Tutelado(a) de qualquer idade;
- c) Ex-cônjuge;
- d) Neto(a);
- e) Bisneto(a);
- f) Trineto(a);
- g) Irmão(ã);
- h) Sobrinho(a);
- i) Primo(a);
- j) Sobrinho(a)-neto(a);
- k) Genro e nora;

- l) Cunhado(a);
- m) Mãe e pai;
- n) Madrasta e padrasto.

Art. 11º. Para efeito do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos, tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de titular.

§2º. Não será admitida a inclusão de outros dependentes, além das hipóteses listadas no presente regulamento.

Art. 12º. Para o cadastro no plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será necessária a apresentação da documentação constante do Anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de 24(vinte e quatro) anos, incapacitados permanentemente, na categoria de dependentes diretos, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica.

§2º. A FACHESF terá o direito de, a qualquer tempo, exigir do BENEFICIÁRIO a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 13º. Será assegurada a inclusão:

- I.** Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO titular, ou de seu dependente, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos do nascimento ou adoção; e,
- II.** Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO titular, desde que ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias corridos após a lavratura do termo de adoção.

Parágrafo Único – A inclusão dos BENEFICIÁRIOS previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.

CAPÍTULO V – DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 14º. O Plano cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos BENEFICIÁRIOS inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos.

§ 1º. Serão cobertos os atendimentos realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da FACHESF, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, desde que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

§ 2º. Serão respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10.

SEÇÃO I – DA COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR

Art. 15º. A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação vigente;
- II. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- III. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;
- IV. Medicamentos registrados e/ou regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente e pelo cirurgião dentista;
- V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos

nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

VI. Consultas e sessões de psicoterapia, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VII. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

IX. Quimioterapia oncológica, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;

XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar, por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XII. Hemoterapia ambulatorial;

XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e,

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como, medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS.

Art. 16º. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;

II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto as de caráter particular, e alimentação;

III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
- b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, deverá ser observada a legislação, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes na data do evento.

IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do BENEFICIÁRIO e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI. A cobertura de despesas correspondentes ao pernoite e café da manhã do acompanhante. Caso o paciente seja menor de 18 anos, maior de 60 anos, ou pessoa com deficiência, o acompanhante terá direito às 03 (três) refeições, salvo contra indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, ou em internação em CTI, UTI ou similares;

VII. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

- a) Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME implantáveis necessários, bem como o instrumental compatível com o seu treinamento necessário e adequado à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- b) O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país, sendo vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. Caso o implante seja produzido por poucos ou um único fabricante, cabe ao médico assistente justificar sua indicação, conforme Resolução CFM N° 2.318/2022, e suas atualizações posteriores, ficando a análise a cargo da FACHESF; e,
- c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a FACHESF, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela FACHESF, conforme determina a legislação vigente na data da realização do evento.

VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X. O imperativo clínico, mencionado no item acima, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião-dentista assistente e ou o médico assistente deverá justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao BENEFICIÁRIO, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

XI. Procedimentos ambulatoriais, previstos na legislação vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) Radiologia intervencionista;

h) Consulta pré-anestésica e/ou exames pré-cirúrgicos;

i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física; e,

j) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

XII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme legislação, bem como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

XIV. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, sendo respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do BENEFICIÁRIO receptor;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e,
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Único – Em conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, considerar que:

- a) O BENEFICIÁRIO candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e,
- c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XVI. Despesas, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI ou similares; e,

XVII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o BENEFICIÁRIO titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 17º. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas quando houver indicação do médico assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido, para fins deste regulamento, como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional e proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e,
- IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano, contado a cada ano de contrato.

Art. 18º. O presente regulamento garante ainda:

- I. Atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;
- III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, caso haja indicação clínica;
- IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à execução de procedimentos e eventos em saúde, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, somente terão

cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento; e,

VI. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

SEÇÃO II - DAS COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

Art. 19º. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, observando-se os procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como nas Diretrizes de Utilização [DUT] vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento.

Parágrafo Único – A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CAPÍTULO VI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 20º. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU e demais normas vigentes, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos neste instrumento e os provenientes de:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FACHESF sem atendimento às condições previstas neste regulamento;
- II.** Atendimentos prestados antes do início da vigência do contrato do Plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, respeitadas as demais condições deste regulamento;
- III.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e/ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal

de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia– CFO ou pelo Conselho Federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto para os casos em que haja previsão legal expressa da cobertura;

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;

IX. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- XIII.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV.** Aplicação de vacinas preventivas;
- XV.** Serviço de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- XVII.** Aparelhos ortopédicos;
- XVIII.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIX.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XX.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXI.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXII.** Avaliação pedagógica;
- XXIII.** Orientações vocacionais;
- XXIV.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXV.** Qualquer outro tipo de atendimento domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXVI.** Remoção domiciliar;
- XXVII.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXVIII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXIX.** Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação têmporo-mandibular)
- XXX.** Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXI.** Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXII.** Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXIII.** Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XXXIV.** Transplantes ósseos;
- XXXV.** Enxertos ósseos e biomateriais;
- XXXVI.** Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXXVII.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXXVIII.** Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XXXIX. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

XL. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, para a segmentação odontológica;

XLI. Cirurgias Odontológicas a laser;

XLII. Clareamento dentário; e,

XLIII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 21º. Os serviços previstos neste regulamento serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, bem como nas normas regulamentares da ANS:

I. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência;

II. 30 (trinta) dias para consultas;

III. 60 (sessenta) dias para exames de baixa complexidade;

IV. 90 (noventa) dias para exames de alta complexidade;

V. 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos odontológicos;

VI. 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos especiais previstos no Capítulo V, artigo 16º, inciso XI, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas;

VII. 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo.

§1º. O prazo de carência será contado a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, que será considerada o primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação formal.

§2º. Nos casos de transferência entre os planos de Saúde da FACHESF, será considerada como data de adesão o 1º dia posterior à data da solicitação.

§3º. Nos casos de portabilidade, será considerada, como data de adesão, o 1º dia posterior, à data de cancelamento do plano de origem, conforme determina a ANS.

Art. 22º. Será isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I.** O BENEFICIÁRIO titular, e seus dependentes, se a adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura da vinculação do titular à PATROCINADORA; e,
- II.** O BENEFICIÁRIO dependente, se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data em que se tornar elegível para o plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

§1º. Entender-se-á por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do nascimento ou de adoção para a inscrição de filho ou equivalente.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

Art. 23º. Nos casos de transferência entre Planos, serão adotadas as seguintes regras:

- I.** Tendo o BENEFICIÁRIO cumprido todas as carências no Plano de origem, será exigido o cumprimento de carência no caso das coberturas adicionais previstas no FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- II.** Não tendo o BENEFICIÁRIO cumprido totalmente a carência no Plano de origem, será exigido o tempo complementar de carência em relação ao Plano de origem, bem como a carência no caso das coberturas adicionais previstas no FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- III.** Se o BENEFICIÁRIO solicitar transferência para um Plano de menor cobertura, e ainda estiver cumprindo carência no FACHESF-SAÚDE PREMIUM, a carência já computada será considerada para fins de cumprimento da carência exigida no Plano para o qual será transferido.
- IV.** Haverá transferência de carência cumprida pelo BENEFICIÁRIO, quando da sua transferência de categoria, seja de Titular para Dependente Direto ou Agregado, de Dependente para Titular ou ainda de Dependente Direto para Agregado, como também nos casos em que o Dependente Direto ou Agregado for transferido de um Titular para outro, desde que a transferência se dê no mesmo nível, ou inferior, de cobertura.
- V.** Não será exigido período mínimo de permanência na nova opção de cobertura para o BENEFICIÁRIO que se transferir do FACHESF-SAÚDE PREMIUM para outro plano com cobertura inferior.
- VI.** Para os BENEFICIÁRIOS transferidos de planos com cobertura inferior para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será exigida a permanência por um período mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de transferência.

CAPÍTULO VIII – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 24º. Caso a FACHESF adote a cobertura parcial temporária (CPT) no caso de doenças e lesões preexistentes, conforme previsto pela ANS, a mesma não será aplicada aos BENEFICIÁRIOS inscritos no prazo de 30 (trinta) dias, contados do seu ingresso na PATROCINADORA/INSTITUIDORA.

Art. 25º. Caso o BENEFICIÁRIO solicite adesão fora do prazo contemplado no artigo anterior, deverá preencher o formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a “Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO”.

§2º. O BENEFICIÁRIO terá o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada, orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela FACHESF, sem nenhum ônus.

§3º. Caso o BENEFICIÁRIO opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da FACHESF, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada será orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual serão registradas as doenças ou lesões de que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.

§5º. Será vedada à FACHESF a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO, por ocasião de sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 26º. Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do BENEFICIÁRIO) a existência de doença ou lesão que possa gerar

necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FACHESF oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 27º. A cobertura parcial temporária consistirá na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 28º. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único – As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela FACHESF por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico- hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais, e ou mediante exames médicos de avaliação exigidos para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 29º. Os procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1>

Art. 30º. Exercendo prerrogativa legal, a FACHESF não optará pelo fornecimento do agravado.

Art. 31º. Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO em relação à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano, a FACHESF deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao BENEFICIÁRIO por meio de “Termo de Comunicação ao BENEFICIÁRIO” e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do BENEFICIÁRIO à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à FACHESF caberá o ônus da prova.

§2º. A FACHESF poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da FACHESF, pela ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente pela FACHESF, bem como será excluído do plano.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SEÇÃO I - DO ATENDIMENTO

Art. 32º. Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. Atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e,
- III. Atendimento de urgência e ou emergência odontológico:
 - a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
 - b) Tratamento de odontalgia aguda;
 - c) Imobilização dentária temporária;
 - d) Recimentação de peça e ou trabalho protético;
 - e) Tratamento de alveolite;
 - f) Colagem de fragmentos dentários;
 - g) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilo-facial; e
 - h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 33º. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I.** Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do BENEFICIÁRIO ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- II.** Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III.** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas;
- IV.** Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V.** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas; e,
- VI.** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

SEÇÃO II - DA REMOÇÃO

Art. 34º. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

- I.** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da FACHESF, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e,
- II.** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo período de carência para internação.
 - a) Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial

temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes; e,

b) Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

b.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FACHESF, desse ônus;

b.2) Caberá à FACHESF o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento;

b.3) Na remoção, a FACHESF deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a FACHESF estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO

Art. 35º. A FACHESF disponibiliza aos seus BENEFICIÁRIOS a utilização do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM por meio de rede credenciada ou livre escolha.

Art. 36º. Caso o BENEFICIÁRIO opte pela livre escolha, será assegurado o reembolso das despesas efetuadas com a assistência à saúde, prevista no presente instrumento, dentro do território nacional, no limite das obrigações deste regulamento.

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da FACHESF.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da FACHESF, que não será inferior ao valor praticado pela operadora de saúde junto à rede de credenciados do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

§3º. A Tabela de Referência estará disponível na sede da operadora de saúde e no site www.fachesfsaude.com.br.

§4º. É possível o reembolso integral, descontados os valores de coparticipação, quando:

- I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento conforme demanda do BENEFICIÁRIO, observando-se a área de abrangência do produto; e,
- II. Nos casos eletivos, inexistir prestador credenciado e a operadora de saúde não conseguir disponibilizar o atendimento dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela ANS, comprovado através de protocolo de atendimento aberto pelo BENEFICIÁRIO junto à FACHESF, após ser a situação por esta analisada e respondida ao BENEFICIÁRIO.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos em conta corrente e/ou folha de pagamento do BENEFICIÁRIO titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. Os processos de reembolso devem ser requeridos à FACHESF com toda a documentação comprobatória do serviço prestado, conforme detalhado no Anexo II deste Regulamento.

§7º. Em caso de negativa de reembolso, o BENEFICIÁRIO poderá reapresentar a solicitação no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de recebimento da resposta da FACHESF, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar que justifique a reapresentação.

§8º. Na reapresentação, as justificativas e/ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando será contado um novo prazo de 30 (trinta) dias.

§9º. Os pedidos de reembolso dos procedimentos eletivos deverão ser solicitados à FACHESF no prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da solicitação médica, acompanhado dos documentos relacionados no Anexo II deste Regulamento, sob pena de perda do direito.

§10º. Nos casos de reembolso de procedimentos realizados em regime de urgência/emergência, o BENEFICIÁRIO terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, a contar da data do evento, acompanhado dos documentos relacionados no Anexo II deste Regulamento, sob pena de perda do direito.

§11º. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo BENEFICIÁRIO junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguíneo e segundo grau por afinidade.

§12º. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

§13º. A solicitação de reembolso será analisada pela auditoria médica da FACHESF, e só ocorrerá o reembolso se os procedimentos realizados estiverem em conformidade com a indicação clínica e o rol de procedimentos da ANS.

§14º. Toda e qualquer solicitação de reembolso está sujeita à análise da auditoria médica.

CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM

Art. 37º. A FACHESF fornecerá aos BENEFICIÁRIOS a Carteira de Identificação eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a utilização do plano FACHESF- SAÚDE PREMIUM, podendo a FACHESF adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. No caso de perda, furto ou extravio da carteira de identificação do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, o Titular, imediatamente, deverá comunicar o fato por escrito à FACHESF. Caso não haja a comunicação, responderá sob todos os aspectos pelo seu uso indevido, bem como assumirá os débitos correspondentes.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será exigido, além da carteira de identificação do plano, um documento de identidade pessoal do BENEFICIÁRIO. A não apresentação deste documento inviabilizará o atendimento por parte do prestador de serviço.

SEÇÃO II – DAS MODALIDADES DE UTILIZAÇÃO DO PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM

Art. 38º. Na prestação de serviços, o BENEFICIÁRIO ou responsável deverá assinar a Guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único – O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 39º. O atendimento aos BENEFICIÁRIOS será prestado por rede contratada ou conveniada pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos BENEFICIÁRIOS, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no site do FACHESF-SAÚDE. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no site do FACHESF-SAÚDE, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º. A FACHESF reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme artigo 17 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

SEÇÃO III – DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 40º. Cabe ao prestador credenciado solicitar à FACHESF a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no Anexo III deste regulamento.

§1º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e/ou do perito odontológico os procedimentos indicados pela FACHESF junto à rede credenciada.

§2º. Quando o procedimento envolver utilização de OPME/DMI e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e/ou Perícia Médica da FACHESF laudo médico,

com a justificativa da indicação, e preferencialmente oferecer pelo menos 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da FACHESF.

a) Quando não existirem as 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, conforme parágrafo 1º, deverá ser apresentada a respectiva justificativa.

§3º. Nos casos comprovados de atendimento de emergência/urgência, os BENEFICIÁRIOS serão regularmente atendidos e o prestador credenciado comunicará de imediato o atendimento realizado, para fins de registro na FACHESF e posterior cobrança, sob pena de não reconhecimento por parte da FACHESF e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento.

§4º. Em se tratando de cirurgia e internação hospitalar emergencial também devem ser comunicadas à FACHESF, pelo prestador credenciado de imediato, para fins de registro e posterior cobrança, devendo ser apresentada solicitação médica, juntamente com demais documentos necessários para acompanhamento da auditoria in loco, sob pena de não reconhecimento por parte da FACHESF e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento.

§5º. Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévias, concorrente e retrospectiva, conforme normas estabelecidas pela FACHESF.

§6º. Nos casos de procedimentos eletivos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao BENEFICIÁRIO resposta à solicitação dentro do prazo estabelecido na legislação vigente.

§7º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, formada pelo profissional solicitante do procedimento, por médico ou cirurgião-dentista da FACHESF e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FACHESF.

§8º. A autorização prévia somente será efetivada pela FACHESF, mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento, relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento e outros documentos necessários para avaliação e deliberação da auditoria.

§9º. Para a análise adequada da autorização prévia, a FACHESF reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao BENEFICIÁRIO.

§10º. A FACHESF compromete-se a garantir ao BENEFICIÁRIO o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o médico solicitante realizou a entrega da documentação completa, a FACHESF, exigida para análise.

§11º. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o BENEFICIÁRIO será submetido. Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à FACHESF a prorrogação da autorização.

SEÇÃO IV - DO ATENDIMENTO

SUBSEÇÃO I - DA CONSULTA E DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Art. 41º. Para o tratamento odontológico eletivo, é exigida a GTO (Guia de Tratamento Odontológico), preenchida e assinada pelo profissional e BENEFICIÁRIO, devendo ter autorização prévia, bem como auditoria inicial e final pela FACHESF, conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela FACHESF.

§1º. Quando o BENEFICIÁRIO residir ou estiver temporariamente em local que a FACHESF não tenha rede credenciada direta ou indireta, a solicitação do Tratamento Odontológico deve ser encaminhada à FACHESF, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia/perícia, para fins de posterior reembolso.

§2º. Em caso de tratamento de emergência, o procedimento será realizado sem necessidade de posterior aprovação, desde que se refiram aos procedimentos listados no Capítulo IX, artigo 32, inciso III.

§3º. As auditorias e/ou perícia inicial e final serão realizadas pela FACHESF conforme referencial de procedimentos odontológicos.

§4º. A FACHESF pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

SUBSEÇÃO II - DA PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

Art. 42º. Nos casos de tratamentos psicoterápicos e de fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamento e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou diagnóstico para autorização prévia pela perícia/auditoria da FACHESF, sendo a cobertura limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 [seis] meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhada de laudo especializado contendo CID e/ou o diagnóstico para nova autorização.

SUBSEÇÃO III - DA ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA

Art. 43º. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia, é necessária a solicitação médica e, para procedimentos constantes no Anexo III deste regulamento, deverá ser enviada a documentação para a análise da FACHESF.

§1º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços credenciado e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

§2º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial, é necessária a solicitação pelo cirurgião-dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e/ou perícia odontológica.

SUBSEÇÃO IV - DA TERAPIA OCUPACIONAL

Art. 44º. Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamento e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria da FACHESF.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 [seis] meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID e/ou diagnóstico, para nova autorização.

SEÇÃO V - DAS COPARTICIPAÇÕES

Art. 45º. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO titular à FACHESF, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Parágrafo Único – Além da contribuição mensal devida pelo BENEFICIÁRIO titular, será cobrada a coparticipação na utilização pelos BENEFICIÁRIOS inscritos.

CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 46º. O plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.1) e alterações posteriores.

Art. 47º. A contribuição mensal do BENEFICIÁRIO será determinada em função da sua categoria e faixa etária, conforme a Tabela de Categorias de BENEFICIÁRIOS do FACHESF-SAÚDE PREMIUM, devidamente aprovada pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, e constante no Capítulo XIV deste Regulamento.

§1º. As tabelas com valores mensais de contribuição por categoria, faixa etária e percentuais de reajuste por mudança de faixa etária serão amplamente divulgadas após aprovação pelo Conselho Deliberativo.

§2º. A primeira contribuição do BENEFICIÁRIO será cobrada a partir do mês subsequente ao da solicitação de adesão.

§3º. A Tabela de Categorias de BENEFICIÁRIOS do FACHESF-SAÚDE PREMIUM poderá ter atualização mensal dos valores de contribuição para as novas adesões e/ou inclusões, não implicando correção automática das mensalidades dos BENEFICIÁRIOS já participantes do FACHESF-SAÚDE, que serão reajustadas segundo legislação vigente e demais itens deste Regulamento.

Art. 48º. As contribuições mensais relativas aos BENEFICIÁRIOS titulares e seus dependentes serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento, a cobrança será efetuada através de boleto bancário, que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento.

§2º. A contribuição mensal terá como data de vencimento o último dia do mês de referência quando o desconto for efetuado em folha, ou o dia 15 do mês subsequente ao mês de referência quando a cobrança for realizada por meio de boleto bancário.

§3º. Havendo pagamento em atraso, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

§4º. Nos casos em que o BENEFICIÁRIO titular não tenha recebido a cobrança bancária até a data anterior à de vencimento, conforme §2º, deverá procurar orientação da FACHESF para pagamento na data estabelecida.

CAPÍTULO XIII – DO REAJUSTE

Art. 49º. O reajuste anual da contribuição mensal e da coparticipação será feito segundo legislação vigente, com base na utilização e evolução dos custos dos serviços médicos e/ou hospitalares, com base em avaliação atuarial do PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM, sendo o percentual de reajuste aprovado pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, e comunicado à ANS, conforme estabelece regulamentação em vigor.

§1º. A avaliação será com base nas premissas atuariais.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa poderá ser aplicada sobre o presente regulamento.

§3º. Independente da data de adesão do BENEFICIÁRIO, os valores de suas contribuições terão reajuste, anualmente, em março, conforme aniversário de vigência deste regulamento, entendendo este como data base única.

§4º. Poderão ser reajustados, adicionalmente, os percentuais de coparticipação previstos nesse instrumento, mediante avaliação técnica que seja submetida ao mesmo rito do reajuste das mensalidades.

§5º. Qualquer reajuste aplicado ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§6º. Caberá ao Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE autorizar os acréscimos nas contribuições mensais e das coparticipações, em conformidade com o cálculo atuarial.

CAPÍTULO XIV – DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 50º. A mensalidade do BENEFICIÁRIO é definida em função da faixa etária dos BENEFICIÁRIOS inscritos e respectiva categoria, de acordo com o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Ao ultrapassar a idade limite da faixa etária e/ou mudar da categoria na qual se encontra o BENEFICIÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado, terá a sua contribuição alterada automaticamente de acordo com as faixas etárias/categorias definidas para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, no mês subsequente ao da alteração, enquadrando-se ao valor da contribuição referente à sua nova faixa etária/categoria, mantidas as coberturas e carências contratadas.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária/categoria não se confundem com o reajuste financeiro anual.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 [seis] vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada, entre a 7ª [sétima] e a 10ª [décima] faixas, não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª [primeira] e a 7ª [sétima] faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos;
- d) Faixas etárias e Percentuais de Reajustes:

Faixas Etárias	Variação entre faixas
00 a 18 anos	[-] %
19 a 23 anos	20,00%
24 a 28 anos	20,80%
29 a 33 anos	20,70%
34 a 38 anos	22,90%
39 a 43 anos	20,90%
44 a 48 anos	23,10%
49 a 53 anos	20,30%
54 a 58 anos	22,10%
59 ou mais	27,20%

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03, não será aplicado reajuste por faixa etária ao BENEFICIÁRIO com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste regulamento.

CAPÍTULO XV – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 51º. Caberá à FACHESF a exclusão do BENEFICIÁRIO, nas seguintes situações, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da FACHESF:

- I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
- II. A não quitação de 01 (uma) contribuição mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato implicará na exclusão do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes diretos e agregados do plano, desde que o titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, conforme previsto na Lei 9.656, artigo 13.

Art. 52º. Considera-se perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- I. Falecimento;
- II. Voluntariamente, por opção do titular.

Parágrafo Único – No caso de falecimento do titular, os respectivos dependentes existentes poderão permanecer no plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras.

Art. 53º. A exclusão do BENEFICIÁRIO titular implicará a automática exclusão de todos os dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 54º. A exclusão por qualquer motivo, não exime o titular da quitação de todos os compromissos financeiros para com o Plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, cuja cobrança dos débitos de mensalidades, serviços utilizados e de despesas ainda não apropriadas deverá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

CAPÍTULO XVI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO I – DAS OBRIGAÇÕES

Art. 55º. São obrigações da FACHESF:

- I. Orientação e interpretação das disposições do plano;
- II. Gestão do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

Art. 56º. São obrigações do BENEFICIÁRIO titular:

- I. Comunicação imediata à FACHESF da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
- II. Zelo na utilização do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação, e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
- III. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de BENEFICIÁRIOS do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM;
- IV. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;
- V. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;
- VI. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano tem somente cobertura dentro do território nacional;
- VII. Atendimento as solicitações da FACHESF, quando esta julgar necessário, de avaliações, exames complementares de diagnóstico, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final, e outros documentos pertinentes que forem solicitados;
- VIII. Declarar e atualizar os dados de seus BENEFICIÁRIOS;
- IX. Arcar com o pagamento das mensalidades e coparticipações que lhe forem cabíveis.

SEÇÃO II - DAS PENALIDADES

Art. 57º. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o BENEFICIÁRIO titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo de eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo Único – São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos BENEFICIÁRIOS e dependentes:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em regulamento;
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;

- III.** Ser conivente com documentação para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- IV.** Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;
- V.** Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VI.** Falsificar ou adulterar documentos;
- VII.** Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

Art. 58º. A FACHESF poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao BENEFICIÁRIO titular, conforme a gravidade da falta cometida, sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa:

- I.** Advertência escrita;
- II.** Suspensão;
- III.** Exclusão.

Parágrafo Único – O BENEFICIÁRIO que sofrer a aplicação da penalidade terá o prazo de 10 (dez) dias para apresentar a defesa, após o recebimento da notificação escrita, e, se necessário, recorrer à instância competente.

Art. 59º. Na hipótese de inadimplência do BENEFICIÁRIO em relação aos valores devidos ao plano, também será devida a exclusão do titular e de seus dependentes do plano, conforme previsto no Artigo 51, inciso II deste Regulamento.

Parágrafo Único – Caberá à FACHESF informar ao BENEFICIÁRIO titular a situação de pagamentos em aberto, e notifica-lo até o quinquagésimo dia de inadimplência, sendo possível sua inclusão em cadastros restritivos de crédito após a primeira notificação.

SEÇÃO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 60º. Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 61º. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 62º. Nenhuma responsabilidade caberá a FACHESF por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos à saúde do BENEFICIÁRIO titular e de seus dependentes,

provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do BENEFICIÁRIO.

Art. 63º. O BENEFICIÁRIO titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

Art. 64º. A FACHESF não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 65º. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da FACHESF fornecerão informações complementares a este regulamento.

Art. 66º. Quaisquer casos omissos e/ou circunstâncias não previstas neste Regulamento somente poderão ser deliberados pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE.

Art. 67º. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua publicação, podendo ser revisado a qualquer tempo, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

CAPÍTULO XVII – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 68º. Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da comarca da cidade do Recife.



ANEXO I | DOCUMENTOS PARA ADESAO AO FACHESF SAÚDE PREMIUM

TITULAR	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia do comprovante de residência; - Cópia da certidão de casamento, se for o caso; - Declaração de ocupação funcional.
CÔNJUGE	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento; - Declaração de ocupação funcional.
COMPANHEIRO (A)	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Escritura Pública de União Estável - Declaração de ocupação funcional.
FILHO(A) OU ENTEADO(A)	- Cópia da certidão de nascimento, documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável para os casos de enteados; - Declaração de ocupação funcional.
FILHO(A) OU ENTEADO(A) COM DEFICIÊNCIA DE QUALQUER IDADE	- Cópia da certidão de nascimento, documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável para os casos de enteados; - Atestado do médico assistente que comprove a invalidez, contendo diagnóstico, nome do médico e CRM; - Declaração de ocupação funcional.
MENOR SOB GUARDA ou TUTELADO	- Cópia da certidão de nascimento; - Cópia do documento de identificação (RG, ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de tutela emitida pelo poder judiciário (provisório ou permanente) para os casos de tutela; - Cópia da decisão judicial que concedeu a guarda (provisório ou permanente) para os casos de menor sob guarda; - Declaração de ocupação funcional.
NETO(A)	- Cópia da certidão de nascimento; - Cópia do documento de identificação (RG, CNH ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do neto); - Declaração de ocupação funcional.
EX-CÔNJUGE	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento com averbação de divórcio ou decisão judicial; - Declaração de ocupação funcional.

ANEXO I | DOCUMENTOS PARA ADESAO AO FACHESF SAÚDE PREMIUM

BISNETO	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH ou passaporte); - Cópia da certidão de nascimento; - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do neto); - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do bisneto); - Declaração de ocupação funcional.
TRINETO	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH ou passaporte); - Cópia da certidão de nascimento; - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do neto); - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do bisneto); - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do trineto); - Declaração de ocupação funcional.
IRMÃO (Ã)	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia da certidão de nascimento do titular; - Cópia do CPF; - Declaração de ocupação funcional.
SOBRINHO (A)	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento; - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do sobrinho); - Declaração de ocupação funcional.
PRIMO (A)	- Cópia da certidão de nascimento, documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento; - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do primo); - Declaração de ocupação funcional.
SOBRINHO(A) - NETO(A)	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH ou passaporte); - Cópia da certidão de nascimento; - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de nascimento (avô ou avó do sobrinho/neto); - Cópia da certidão de nascimento (pai ou mãe do sobrinho/neto); - Declaração de ocupação funcional.
GENRO ou NORA	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento ou união estável (filho ou filha); - Cópia da certidão de nascimento ou RG (filho ou filha); - Declaração de ocupação funcional.
CUNHADO(A)	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia da certidão de casamento ou união estável do titular; - Cópia da certidão de nascimento (cônjuge do titular); - Declaração de ocupação funcional.

ANEXO I | DOCUMENTOS PARA ADEÇÃO AO FACHESF SAÚDE PREMIUM

PAI ou MÃE	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia do documento de identificação (titular); - Declaração de ocupação funcional.
PADRASTO ou MADRASTA	- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Conselho de classe ou passaporte); - Cópia do CPF; - Cópia do documento de identificação (titular); - Cópia da certidão de casamento ou da declaração de união estável registrada em cartório com o pai/mãe do titular; - Declaração de ocupação funcional.

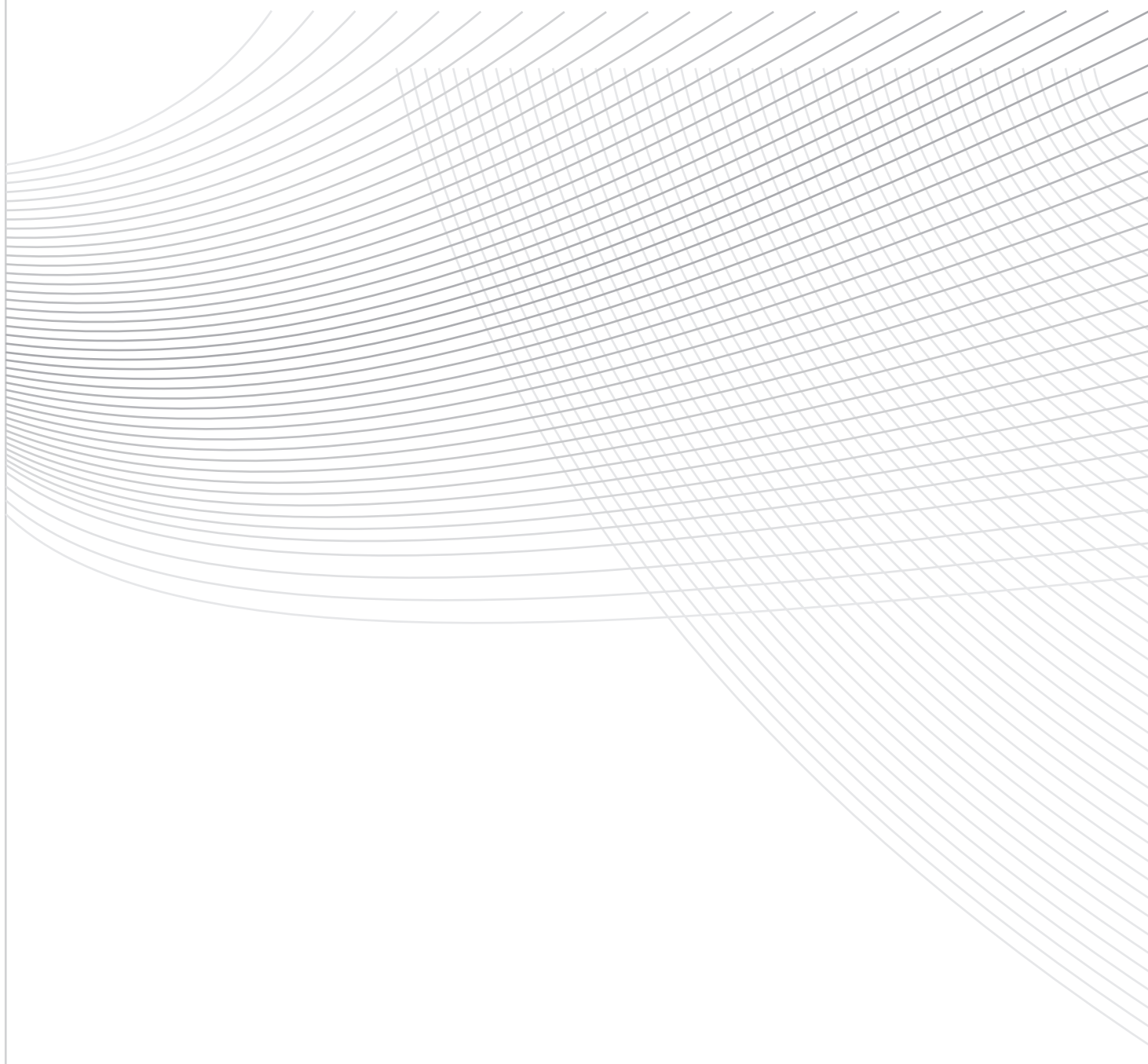
Obs.: Em todas as situações, o titular deverá apresentar um documento de identificação (RG, CNH, Passaporte ou Conselho de classe).

ANEXO II | DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

QUANDO O SERVIÇO FOR PRESTADO POR PESSOA FÍSICA	
Recibo contendo:	Nome completo do beneficiário; Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante; Especialidade, se profissional médico; Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; Data de quitação do serviço; Papel timbrado em que estejam legíveis as informações do nome, conselho de classe e CPF do profissional ficam dispensados da aposição de carimbo
QUANDO O SERVIÇO FOR PRESTADO POR PESSOA JURÍDICA	
Nota Fiscal contendo:	Nome completo do beneficiário; Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento; Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total; Especialidade, se profissional médico; Data de quitação do serviço; Sendo a entidade isenta de nota fiscal, deverá apresentar recibo com documentação comprobatória legal da devida isenção.
QUANDO SE TRATAR DE EXAME	
Solicitação Médica contendo:	Nome completo do beneficiário; Descrição do exame e indicação clínica; Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante; Data; Papel timbrado em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional ficam dispensados nesse caso a aposição de carimbo.



LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA



RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA - FACHESF

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	SOLICITAR AUTORIZAÇÃO AO NÚCLEO DE REGULAÇÃO (0800.281.7540) OU AUTORIZADOR WEB	SOLICITAR AUTORIZAÇÃO AO AUDITOR (IN LOCO) - PACIENTE INTERNADO
0.25.02.0072	MONOPLÉGIA	NÃO	SIM
0.25.02.0080	PARAPLEGIA E PARAPARESIA	NÃO	SIM
0.25.02.0145	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR{TRATAMENTO MOTOR}	NÃO	SIM
0.25.02.2008	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	NÃO	SIM
0.25.02.2016	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA - Serviços Parciais	NÃO	SIM
0.25.02.2024	FISIOTERAPIA MOTORA OU RESPIRATORIA - Serviços Parciais	NÃO	SIM
0.25.04.0022	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRAT.PACIEN.INTERN.VENTILAC.MECAN	SIM	SIM
0.25.06.0031	CONTUSOES	NÃO	SIM
0.25.06.0058	ENTORSES	NÃO	SIM
0.25.06.0066	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA/POS-IMOBILIZACAO DE PATOLOGIAS ORTOPEDICAS - FRATURA OU LUXACAO DE UM MEMBRO	SIM	SIM
0.25.06.0074	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA/POS-IMOBILIZACAO DE PATOLOGIAS ORTOPEDICAS - FRATURAS OU LUXACAO DE MAIS DE UM MEMBRO	SIM	SIM
0.25.06.0090	RECUPERACAO FUNCIONAL DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR APOS FRATURA OU OUTRAS PATOLOGIAS	NÃO	SIM
0.25.06.0104	SEQUELA DE TRAUMATISMOS NOS TENDÕES	NÃO	SIM
0.25.06.0139	TRATAMENTO FISIATRICO DE PATOLOGIA ORTOPEDICA QUE AFETA UM MEMBRO	NÃO	SIM
0.25.06.0147	TRATAMENTO FISIATRICO DE PATOLOGIA ORTOPEDICA QUE AFETA MAIS DE UM MEMBRO	NÃO	SIM
0.25.06.0198	ASSISTENCIA FISIATRICA AOS PACIENTES COM HIPO OU AGENESIA DE MEMBROS	NÃO	SIM
0.25.07.0053	PACIENTE PORT. DE CARDIOP., ATENDIDO EM AMBULATORIO, APÓS 24 SEMANAS DE PROG.	NÃO	SIM
0.25.07.0061	PACIENTE SEM DOENÇA CORONAR. CLINICAM. MANIFESTA, MAS CONSIDERADO DE ALTO RISCO, ATEND. AMBULAT., APÓS 8 SEMANAS DE PROGRAMA.	NÃO	SIM
0.25.08.0016	PACIENTES C/ DOEN.DERMAT.SENSI.ACTINOT-DOS.ERIT.MIN.[D.E.M.]	NÃO	SIM
0.25.09.0011	ATEND. FISIAT. PRE E POS OPERATORIO - PAC. INTERNADO QUE NAO APRESENTA QUADRO NEUROLOG. , ORTOPED. E REUMATOLOG. DEFINIDO.	SIM	SIM
0.25.09.0062	INFILTRACAO ARTICULAR OU TECIDOS MOLES OU AGULHAMENTO SECO	NÃO	SIM
0.25.09.0070	ATIVIDADE REFLEXA OU APLICACAO TECNICA CINESIO TERAPEUTICA ESPE	NÃO	SIM
0.25.10.0033	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-PARTO	NÃO	SIM
0.25.10.0122	FISIOTERAPIA - DIVERSAS -Se esse evnto foi criado para domiciliar, precisa.	SIM	SIM
0.61.01.0014	AValiação FONOAUDIOLOGICA	NÃO	SIM
0.61.02.0028	Audiometria tonal limiar com testes de discriminacao	NÃO	SIM
0.61.02.0044	Impedanciometria	NÃO	SIM
0.61.02.0052	Otoemissões acústicas produto de distorção	NÃO	SIM
0.61.02.0060	Otoemissões evocadas transientes	NÃO	SIM
0.61.02.0079	Pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (BERA)	NÃO	SIM
0.61.02.0095	Registro do nistagmo pendular	NÃO	SIM
0.61.02.0109	VISITA HOSPITALAR/ DOMICILIAR - FONOAUDIOLOGIA	SIM (HOME CARE)	SIM(HOME CARE)
0.61.02.0117	VISITA HOSPITALAR / DOMICILIAR - FONOAUDIOLOGIA - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM(HOME CARE)
0.61.02.0125	Audiometria Vocal - Pesquisa de limiar de inteligibilidade	NÃO	SIM
0.61.02.0133	Teste de prótese auditiva	NÃO	SIM
0.62.01.0034	TESTE PSICOLOGICO TAT	NÃO	SIM
0.62.01.0042	NUTRIÇÃO - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM	SIM
0.62.01.0050	TESTE PSICOLOGICO RORSCHCH	NÃO	SIM
0.62.01.0107	AValiação PSICOMOTORA	NÃO	SIM

0.62.01.0115	AVALIAÇÃO DE NIVEL INTELECTUAL	NÃO	SIM
0.62.01.0123	TESTES DE PERSONALIDADE - PMK	NÃO	SIM
0.62.01.0131	ENTREVISTA DEVOLUÇÃO DE LAUDO	NÃO	SIM
0.62.01.0140	ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO	NÃO	SIM
0.62.01.0158	ORIENTAÇÃO VOCACIONAL	NÃO	SIM
0.62.01.0166	AVALIAÇÃO DO STRESS	NÃO	SIM
0.62.02.0064	AVALIAÇÃO (PREVENÇÃO DE RECAIDA)	NÃO	SIM
0.62.02.0080	ACOMPANHAMENTO/APOIO PSICOPEDAGOGICO	NÃO	SIM
0.62.02.0102	VISITA HOSPITALAR/DOMICILIAR - PSICOLOGIA	SIM	SIM
0.62.02.0110	ANAMNESE	NÃO	SIM
0.62.02.0129	ORIENTAÇÃO/AVALIAÇÃO PSICOPEDAGOGICA	NÃO	SIM
0.62.02.0145	ACOMPANHAMENTO FAMILIA/GRUPO	NÃO	SIM
0.62.02.0200	ACOMPANHAMENTO NA GRAVIDEZ - INDIVIDUAL	NÃO	SIM
0.62.02.0218	ACOMPANHAMENTO NA GRAVIDEZ	NÃO	SIM
0.62.02.0269	VISITA HOSPITALAR/ DOMICILIAR - PSICOLOGICA - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM	SIM
0.62.02.0293	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA	NÃO	SIM
0.62.02.0323	REABILITAÇÃO NEUROPSICOLOGICA	NÃO	SIM
0.65.01.0019	Avaliação - Terapia Ocupacional	SIM	SIM
0.95.01.0025	NUTRIÇÃO - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM	SIM
0.95.01.0033	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	NÃO	SIM
1.01.01.012	Consulta Em Consultório (No Horário Normal Ou Preestabelecido)	NÃO	SIM
1.01.01.020	Consulta Em Domicílio	SIM	SIM (HOME CARE)
1.01.01.039	Consulta Em Pronto Socorro	NÃO	SIM
1.01.02.019	Visita Hospitalar (Paciente Internado)	SIM	SIM
1.01.02.507	VISITA MEDICA - DOMICILIAR	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.604	VISITA MEDICA - PGPC	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.620	VISITA ENFERMAGEM - PGPC	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.639	INTERCORRENCIA MEDICA	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.655	Deslocamento de enfermagem (para atendimento domiciliar)	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.663	Gerenciamento de enfermagem - PGPC	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.671	ATENDIMENTO MEDICO-DOMICILIAR DE URGENCIA, INCLUINDO MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ROTINA E INCLUINDO REMOÇÃO PARA HOSPITAIS	NÃO	SIM
1.01.02.680	ATENDIMENTO MEDICO-DOMICILIAR DE URGENCIA, INCLUINDO OXIGENIO, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ROTINA E INCLUINDO REMOÇÃO PARA HOSPITAIS	NÃO	SIM
1.01.02.701	VISITA MEDICA GENERALISTA/ ASSISTENTE	SIM	SIM (HOME CARE)
1.01.02.710	VISITA MEDICA TRIAGEM - GMDC	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.728	ATENDIMENTO MEDICO DE URGENCIA/ EMERGENCIA	NÃO	SIM
1.01.02.736	VISITA DE ENFERMAGEM - [auxiliar]	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.744	VISITA DE TECNICO DE ENFERMAGEM (ATÉ 02h) - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.752	VISITA DE ENFERMAGEM - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.760	PLANTAO DE TECNICO DE ENFERMAGEM (06h) - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.779	PLANTAO DE TECNICO DE ENFERMAGEM (12h) - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.817	PLANTAO DE TECNICO DE ENFERMAGEM (24h) - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.833	SERVIÇO SOCIAL - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.850	VISITA MEDICA GENERALISTA - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.868	VISITA MEDICA - ESPECIALISTA - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.876	ATENDIMENTO MEDICO DOMICILIAR - SERVIÇOS PARCIAIS	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.02.892	PROCEDIMENTO MEDICO EM DOMICILIO	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)

1.01.02.906	VISITA DE ENFERMAGEM	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
1.01.03.015	Atendimento Ao Recém-Nascido Em Berçário	SIM	SIM
1.01.03.023	Atendimento Ao Recém-Nascido Em Sala De Parto (Parto Normal Ou Operatório De Baixo Risco)	SIM	SIM
1.01.03.031	Atendimento Ao Recém-Nascido Em Sala De Parto (Parto Normal Ou Operatório De Alto Risco)	SIM	SIM
1.01.04.011	Atendimento Do Intensivista Diarista (Por Dia E Por Paciente)	NÃO	SIM
1.01.04.020	Atendimento Médico Do Intensivista Em Uti Geral Ou Pediátrica (Plantão De 12 Horas - Por Paciente)	NÃO	SIM
1.01.05.034	Transporte Extra-Hospitalar Terrestre De Pacientes Graves, 1ª Hora - A Partir Do Deslocamento Do Médico - Acompanhamento Médico	SIM	SIM
1.01.05.042	Transporte Extra-Hospitalar Terrestre De Pacientes Graves, Por Hora Adicional - Até O Retorno Do Médico À Base - Acompanhamento Médico	SIM	SIM
1.01.05.077	Acompanhamento Médico Para Transporte Intra-Hospitalar De Pacientes Graves, Com Ventilação Assistida, Da Uti Para O Centro De Diagnóstico	SIM	SIM
1.01.06.014	Aconselhamento Genético	SIM	SIM
1.01.06.030	Atendimento Ao Familiar Do Adolescente	NÃO	SIM
1.01.06.049	Atendimento Pediátrico A Gestantes (3º Trimestre)	NÃO	SIM
1.01.06.146	Atendimento Ambulatorial Em Puericultura	NÃO	SIM
2.01.01.015	Acompanhamento Clínico Ambulatorial Pós-Transplante Renal - Por Avaliação	SIM	SIM
2.01.01.023	Análise Da Proporcionalidade Cineantropométrica	NÃO	SIM
2.01.01.074	Avaliação Nutrológica (Inclui Consulta)	NÃO	SIM
2.01.01.082	Avaliação Nutrológica Pré e Pós-Cirurgia Bariátrica (Inclui Consulta)	NÃO	SIM
2.01.01.090	Avaliação Da Composição Corporal Por Antropometria (Inclui Consulta)	NÃO	SIM
2.01.01.104	Avaliação Da Composição Corporal Por Bioimpedanciometria	NÃO	SIM
2.01.01.171	Rejeição De Enxerto Renal - Tratamento Ambulatorial - Avaliação Clínica Diária	SIM	SIM
2.01.01.201	Avaliação Clínica E Eletrônica De Paciente Portador De Marca-Passo Ou Sincronizador Ou Desfibrilador	SIM	SIM
2.01.01.210	Acompanhamento Clínico Ambulatorial Pós-Transplante De Córnea -Por Avaliação Do 11º Ao 30º Dia Até 3 Avaliações	SIM	SIM
2.01.01.228	Acompanhamento Clínico Ambulatorial Pós-Transplante De Medula Óssea	SIM	SIM
2.01.02.011	Holter De 24 Horas - 2 Ou Mais Canais - Analógico	NÃO	SIM
2.01.02.020	Holter De 24 Horas - 3 Canais - Digital	NÃO	SIM
2.01.02.038	Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial - Mapa (24 Horas)	NÃO	SIM
2.01.02.070	Tilt Teste	NÃO	SIM
2.01.03.018	Adaptação E Treinamento De Recursos Ópticos Para Visão Subnormal (Por Sessão) - Binocular	NÃO	SIM
2.01.03.026	Amputação Bilateral (Preparação Do Coto)	NÃO	SIM
2.01.03.034	Amputação Bilateral (Treinamento Protético)	NÃO	SIM
2.01.03.042	Amputação Unilateral (Preparação Do Coto)	NÃO	SIM
2.01.03.050	Amputação Unilateral (Treinamento Protético)	NÃO	SIM
2.01.03.069	Assistência Fisiátrica Respiratória Em Pré E Pós-Operatório De Condições Cirúrgicas	SIM	SIM
2.01.03.077	Ataxias	NÃO	SIM
2.01.03.093	Atendimento Fisiátrico No Pré E Pós-Operatório De Pacientes Para Prevenção De Sequelas	SIM	SIM
2.01.03.107	Atendimento Fisiátrico No Pré E Pós-Parto	SIM	SIM
2.01.03.131	Biofeedback Com Emg	NÃO	SIM
2.01.03.140	Bloqueio Fenólico, Alcoólico Ou Com Toxina Botulínica Por Segmento Corporal	SIM	SIM
2.01.03.158	Confecção De Órteses Em Material Termo-Sensível (Por Unidade)	SIM	SIM
2.01.03.166	Confecção De Prótese Imediata	SIM	SIM
2.01.03.174	Confecção De Prótese Provisória	SIM	SIM
2.01.03.182	Desvios Posturais Da Coluna Vertebral	NÃO	SIM

2.01.03.190	Disfunção Vésico-Uretral	NÃO	SIM
2.01.03.204	Distrofia Simpático-Reflexa	NÃO	SIM
2.01.03.212	Distúrbios Circulatórios Artério-Venosos E Linfáticos	NÃO	SIM
2.01.03.220	Doenças Pulmonares Atendidas Em Ambulatório	NÃO	SIM
2.01.03.239	Exercícios De Ortóptica [Por Sessão]	NÃO	SIM
2.01.03.247	Exercícios Para Reabilitação Do Asmático [Erac] - Por Sessão Coletiva	NÃO	SIM
2.01.03.255	Exercícios Para Reabilitação Do Asmático [Erai] - Por Sessão Individual	NÃO	SIM
2.01.03.263	Hemiparesia	NÃO	SIM
2.01.03.271	Hemiplegia	NÃO	SIM
2.01.03.280	Hemiplegia E Hemiparesia Com Afasia	NÃO	SIM
2.01.03.298	Hipo Ou Agenesia De Membros	NÃO	SIM
2.01.03.301	Infiltração De Ponto Gatilho [Por Músculo] Ou Agulhamento Seco [Por Músculo]	NÃO	SIM
2.01.03.310	Lesão Nervosa Periférica Afetando Mais De Um Nervo Com Alterações Sensitivas E/Ou Motoras	NÃO	SIM
2.01.03.328	Lesão Nervosa Periférica Afetando Um Nervo Com Alterações Sensitivas E/Ou Motoras	NÃO	SIM
2.01.03.344	Miopatias	NÃO	SIM
2.01.03.360	Paciente com D.P.O.C. em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória	NÃO	SIM
2.01.03.379	Paciente Em Pós-Operatório De Cirurgia Cardíaca, Atendido Em Ambulatório, Duas A Três Vezes Por Semana	SIM	SIM
2.01.03.387	Pacientes Com Doença Isquêmica Do Coração, Atendido Em Ambulatório De 8 A 24 Semanas	NÃO	SIM
2.01.03.395	Pacientes Com Doença Isquêmica Do Coração, Atendido Em Ambulatório, Até 8 Semanas De Programa	NÃO	SIM
2.01.03.409	Pacientes Com Doenças Neuro-Músculo-Esqueléticas Com Envolvimento Tegumentar	NÃO	SIM
2.01.03.417	Pacientes Sem Doença Coronariana Clinicamente Manifesta, Mas Considerada De Alto Risco, Atendido Em Ambulatório, Duas A Três Vezes Por Semana	NÃO	SIM
2.01.03.425	Paralisia Cerebral	NÃO	SIM
2.01.03.433	Paralisia Cerebral Com Distúrbio De Comunicação	NÃO	SIM
2.01.03.441	Paraparesia/Tetraparesia	NÃO	SIM
2.01.03.450	Paraplegia E Tetraplegia	NÃO	SIM
2.01.03.468	Parkinson	NÃO	SIM
2.01.03.476	Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária	NÃO	SIM
2.01.03.484	Patologia Osteomioarticular Em Um Membro	NÃO	SIM
2.01.03.492	Patologia Osteomioarticular Em Dois Ou Mais Membros	NÃO	SIM
2.01.03.506	Patologia Osteomioarticular Em Um Segmento Da Coluna	NÃO	SIM
2.01.03.514	Patologia Osteomioarticular Em Diferentes Segmentos Da Coluna	NÃO	SIM
2.01.03.522	Patologias Osteomioarticulares Com Dependência De Atividades Da Vida Diária	NÃO	SIM
2.01.03.530	Recuperação Funcional Pós-Operatória Ou Por Imobilização Da Patologia Vertebral	SIM	SIM
2.01.03.565	Processos Inflamatórios Pélvicos	NÃO	SIM
2.01.03.611	Queimados - Seguimento Ambulatorial Para Prevenção De Sequelas [Por Segmento]	NÃO	SIM
2.01.03.620	Reabilitação De Paciente Com Endoprótese	NÃO	SIM
2.01.03.638	Reabilitação Labiríntica [Por Sessão]	NÃO	SIM
2.01.03.646	Reabilitação Perineal Com Biofeedback	NÃO	SIM
2.01.03.654	Recuperação Funcional De Distúrbios Crânio-Faciais	NÃO	SIM
2.01.03.662	Recuperação Funcional Pós-Operatória Ou Pós-Imobilização Gessada De Patologia Osteomioarticular Com Complicações Neurovasculares Afetando Um Membro	SIM	SIM

2.01.03.670	Recuperação Funcional Pós-Operatória Ou Pós-Imobilização Gessada De Patologia Osteomioarticular Com Complicações Neurovasculares Afetando Mais De Um Membro	SIM	SIM
2.01.03.689	Retardo Do Desenvolvimento Psicomotor	NÃO	SIM
2.01.03.697	Sequelas De Traumatismos Torácicos E Abdominais	NÃO	SIM
2.01.03.700	Sequelas Em Politraumatizados (Em Diferentes Segmentos)	NÃO	SIM
2.01.03.719	Sinusites	NÃO	SIM
2.01.03.727	Reabilitação Cardíaca Supervisionada. Programa De 12 Semanas. Duas A Três Sessões Por Semana (Por Sessão)	NÃO	SIM
2.01.04.014	Actinoterapia (Por Sessão)	NÃO	SIM
2.01.04.022	Aplicação De Hipossensibilizante - Em Consultório (Ahc) Exclusive O Alérgeno - Planejamento Técnico Para	NÃO	SIM
2.01.04.049	Cateterismo Vesical Em Retenção Urinária	NÃO	SIM
2.01.04.057	Cauterização Química Vesical	NÃO	SIM
2.01.04.065	Cerumen - Remoção (Bilateral)	NÃO	SIM
2.01.04.073	Crioterapia (Grupo De Até 5 Lesões)	NÃO	SIM
2.01.04.081	Curativos Em Geral Com Anestesia, Exceto Queimados	SIM	SIM
2.01.04.090	Curativo De Extremidades De Origem Vascular	SIM	SIM
2.01.04.103	Curativos Em Geral Sem Anestesia, Exceto Queimados	SIM	SIM
2.01.04.111	Dilatação Uretral (Sessão)	NÃO	SIM
2.01.04.120	Fototerapia Com Uva (Puva) (Por Sessão)	NÃO	SIM
2.01.04.138	Imunoterapia Específica - 30 Dias - Planejamento Técnico	NÃO	SIM
2.01.04.146	Imunoterapia Inespecífica - 30 Dias - Planejamento Técnico	NÃO	SIM
2.01.04.154	Instilação Vesical Ou Uretral	NÃO	SIM
2.01.04.189	Sessão De Oxigenoterapia Hiperbárica (Por Sessão De 2 Horas)	SIM	SIM
2.01.04.200	Sessão De Psicoterapia De Grupo (Por Paciente)	NÃO	SIM
2.01.04.219	Sessão De Psicoterapia Individual	NÃO	SIM
2.01.04.227	Sessão De Psicoterapia Infantil	NÃO	SIM
2.01.04.235	Terapia Inalatória - Por Nebulização	NÃO	SIM
2.01.04.243	Terapia Oncológica Com Altas Doses - Planejamento E 1º Dia De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.251	Terapia Oncológica Com Altas Doses - Por Dia Subsequente De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.260	Terapia Oncológica Com Aplicação De Medicamentos Por Via Intracavitária Ou Intratecal - Por Procedimento	SIM	SIM
2.01.04.278	Terapia Oncológica Com Aplicação Intra-Arterial Ou Intravenosa De Medicamentos Em Infusão De Duração Mínima De 6 Horas - Planejamento E 1º Dia De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.286	Terapia Oncológica Com Aplicação Intra-Arterial Ou Intravenosa De Medicamentos Em Infusão De Duração Mínima De 6 Horas - Por Dia Subsequente De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.294	Terapia Oncológica - Planejamento E 1º Dia De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.308	Terapia Oncológica - Por Dia Subsequente De Tratamento	SIM	SIM
2.01.04.316	Curativo De Ouvido (Cada)	NÃO	SIM
2.01.04.324	Curativo Oftalmológico	NÃO	SIM
2.01.04.383	Pulsoterapia Intravenosa (Por Sessão) - Ambulatorial	SIM	SIM
2.01.04.391	Terapia Imunobiológica Intravenosa (Por Sessão) - Ambulatorial	SIM	SIM
2.01.04.421	Terapia Imunobiológica Subcutânea (Por Sessão) Ambulatorial	SIM	SIM
2.01.04.430	Terapia Antineoplásica Oral Para Tratamento Do Câncer	SIM	SIM
2.01.05.037	Fornecimento De Equipamentos Coletores E Adjuvantes Para Colostomia, Ileostomia E Urostomia, Sonda Vesical De Demora E Coletor De Urina	SIM	SIM
2.02.01.010	Acompanhamento Clínico De Transplante Renal No Período De Internação Do Receptor E Do Doador (Pós-Operatório Até 15 Dias)	SIM	SIM
2.02.01.028	Acompanhamento Peroperatório	SIM	SIM

2.02.01.036	Assistência Cardiológica Peroperatória Em Cirurgia Geral E Em Parto (Primeira Hora)	SIM	SIM
2.02.01.044	Assistência Cardiológica Peroperatória Em Cirurgia Geral E Em Parto (Horas Suplementares) - Máximo De 4 Horas	SIM	SIM
2.02.01.052	Cardioversão Elétrica Eletiva (Avaliação Clínica, Eletrocardiográfica, Indispensável À Desfibrilação)	SIM	SIM
2.02.01.060	Rejeição De Enxerto Renal - Tratamento Internado - Avaliação Clínica Diária - Por Visita	SIM	SIM
2.02.01.087	Tratamento Conservador De Traumatismo Cranioencefálico, Hipertensão Intracraniana E Hemorragia (Por Dia)	SIM	SIM
2.02.01.095	Assistência Cardiológica No Pós-Operatório De Cirurgia Cardíaca (Após A Alta Da Uti)	SIM	SIM
2.02.01.109	Avaliação Clínica Diária Enteral	SIM	SIM
2.02.01.117	Avaliação Clínica Diária Parenteral	SIM	SIM
2.02.01.125	Avaliação Clínica Diária Parenteral E Enteral	SIM	SIM
2.02.01.133	Acompanhamento Médico Na Litotripsia Extracorpórea	SIM	SIM
2.02.02.016	Cardiotocografia Anteparto	SIM	SIM
2.02.02.024	Cardiotocografia Intraparto (Por Hora) Até 6 Horas Externa	SIM	SIM
2.02.02.032	Monitorização Hemodinâmica Invasiva (Por 12 Horas)	SIM	SIM
2.02.02.040	Monitorização Neurofisiológica Intra-Operatória	SIM	SIM
2.02.02.059	Potencial Evocado Intra-Operatório - Monitorização Cirúrgica (Pe/Io)	SIM	SIM
2.02.02.067	Monitorização Da Pressão Intracraniana (Por Dia)	SIM	SIM
2.02.03.012	Assistência Fisiátrica Respiratória Em Paciente Internado Com Ventilação Mecânica	SIM	SIM
2.02.03.020	Eletroestimulação Do Assoalho Pélvico E/Ou Outra Técnica De Exercícios Perineais	SIM	SIM
2.02.03.047	Assistência Fisiátrica Respiratória Em Doente Clínico Internado	SIM	SIM
2.02.03.063	Pacientes Com Doença Isquêmica Do Coração, Hospitalizado, Até 8 Semanas De Programa	SIM	SIM
2.02.03.071	Pacientes Em Pós-Operatório De Cirurgia Cardíaca, Hospitalizado, Até 8 Semanas De Programa	SIM	SIM
2.02.04.027	Cardioversão Elétrica De Emergência	NÃO	SIM
2.02.04.035	Cardioversão Química De Arritmia Paroxísta Em Emergência	NÃO	SIM
2.02.04.043	Priapismo - Tratamento Não Cirúrgico	NÃO	SIM
2.02.04.086	Terapia Oncológica Com Aplicação Intra-Arterial De Medicamentos, Em Regime De Aplicação Peroperatória, Por Meio De Cronoinfusor Ou Perfusor Extra-Corpórea	SIM	SIM
2.02.04.159	Pulsoterapia Intravenosa (Por Sessão) - Hospitalar	SIM	SIM
2.02.04.167	Terapia Imunobiológica Intravenosa (Por Sessão) - Hospitalar	SIM	SIM
2.02.04.175	Terapia Imunobiológica Subcutânea (Por Sessão) - Hospitalar	SIM	SIM
3.01.01.018	Abrasão Cirúrgica (Por Sessão)	NÃO	SIM
3.01.01.050	Apêndice Pré-Auricular - Ressecção	SIM	SIM
3.01.01.069	Autonomização De Retalho - Por Estágio	SIM	SIM
3.01.01.077	Biópsia De Pele, Tumores Superficiais, Tecido Celular Subcutâneo, Linfonodo Superficial, Etc	NÃO	SIM
3.01.01.085	Biópsia De Unha	NÃO	SIM
3.01.01.093	Calosidade E/Ou Mal Perfurante - Desbastamento (Por Lesão)	NÃO	SIM
3.01.01.107	Cauterização Química (Por Grupo De Até 5 Lesões)	NÃO	SIM
3.01.01.115	Cirurgia Da Hidrosadenite (Por Região)	SIM	SIM
3.01.01.123	Cirurgia Micrográfica De Mohs	SIM	SIM
3.01.01.140	Correção Cirúrgica De Linfedema (Por Estágio)	SIM	SIM
3.01.01.158	Correção Cirúrgica De Sequelas De Alopecia Traumática Com Microenxertos Pilosos (Por Região)	SIM	SIM
3.01.01.166	Correção De Deformidades Nos Membros Com Utilização De Implantes	SIM	SIM

3.01.01.174	Correção De Deformidades Por Exérese De Tumores, Cicatrizes Ou Ferimentos Com O Emprego De Expansores Em Retalhos Musculares Ou Miocutâneos [Por Estágio]	SIM	SIM
3.01.01.182	Correção De Deformidades Por Exérese De Tumores, Cicatrizes Ou Ferimentos, Com O Emprego De Expansores De Tecido, Em Retalhos Cutâneos [Por Estágio]	SIM	SIM
3.01.01.190	Correção De Lipodistrofia Braquial, Crural Ou Trocanteriana De Membros Superiores E Inferiores	SIM	SIM
3.01.01.204	Criocirurgia [Nitrogênio Líquido] De Neoplasias Cutâneas	NÃO	SIM
3.01.01.212	Curativo De Queimaduras - Por Unidade Topográfica [Ut] Ambulatorial	NÃO	SIM
3.01.01.220	Curativo De Queimaduras - Por Unidade Topográfica [Ut] Hospitalar	NÃO	SIM
3.01.01.239	Curativo Especial Sob Anestesia - Por Unidade Topográfica [Ut]	SIM	SIM
3.01.01.247	Curetagem E Eletrocoagulação De Ca De Pele [Por Lesão]	NÃO	SIM
3.01.01.255	Curetagem Simples De Lesões De Pele [Por Grupo De Até 5 Lesões]	NÃO	SIM
3.01.01.263	Dermoabrasão De Lesões Cutâneas	NÃO	SIM
3.01.01.271	Dermolipectomia Para Correção De Abdome Em Avental	SIM	SIM
3.01.01.280	Desbridamento Cirúrgico - Por Unidade Topográfica [Ut]	NÃO	SIM
3.01.01.298	Eletrocoagulação De Lesões De Pele E Mucosas - Com Ou Sem Curetagem [Por Grupo De Até 5 Lesões]	NÃO	SIM
3.01.01.301	Enxerto Cartilaginoso	SIM	SIM
3.01.01.310	Enxerto Composto	SIM	SIM
3.01.01.328	Enxerto De Mucosa	SIM	SIM
3.01.01.336	Enxerto De Pele [Homoenxerto Inclusive]	SIM	SIM
3.01.01.344	Enxerto De Pele Múltiplo - Por Unidade Topográfica [Ut]	SIM	SIM
3.01.01.352	Epilação Por Eletrólise [Por Sessão]	SIM	SIM
3.01.01.360	Escalpo Parcial - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.379	Escalpo Total - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.387	Escarectomia Descompressiva [Pele E Estruturas Profundas] - Por Unidade Topográfica [Ut]	SIM	SIM
3.01.01.425	Exérese De Higroma Cístico	SIM	SIM
3.01.01.433	Exérese De Higroma Cístico No Rn E Lactente	SIM	SIM
3.01.01.441	Exérese De Lesão Com Auto-Enxertia	SIM	SIM
3.01.01.450	Exérese E Sutura De Lesões [Circulares Ou Não] Com Rotação De Retalhos Cutâneos	SIM	SIM
3.01.01.468	Exérese De Lesão / Tumor De Pele E Mucosas	NÃO	SIM
3.01.01.476	Exérese De Tumor E Rotação De Retalho Músculo-Cutâneo	SIM	SIM
3.01.01.484	Exérese De Unha	NÃO	SIM
3.01.01.492	Exérese E Sutura Simples De Pequenas Lesões [Por Grupo De Até 5 Lesões]	NÃO	SIM
3.01.01.506	Exérese Tangencial [Shaving] - [Por Grupo De Até 5 Lesões]	SIM	SIM
3.01.01.514	Expansão Tissular [Por Sessão]	SIM	SIM
3.01.01.522	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Excisão E Retalhos Cutâneos Da Região	SIM	SIM
3.01.01.530	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Exérese E Emprego De Retalhos Cutâneos Ou Musculares Cruzados [Por Estágio]	SIM	SIM
3.01.01.549	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Exérese E Retalhos Cutâneos À Distância	SIM	SIM
3.01.01.557	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Exérese E Rotação De Retalho Fasciocutâneo Ou Axial	SIM	SIM
3.01.01.565	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Exérese E Rotação De Retalhos Miocutâneos	SIM	SIM
3.01.01.573	Extensos Ferimentos, Cicatrizes Ou Tumores - Exérese E Rotação De Retalhos Musculares	SIM	SIM
3.01.01.581	Extensos Ferimentos, Cicatrizes, Ou Tumores - Exérese E Enxerto Cutâneo	SIM	SIM
3.01.01.590	Face - Biópsia	NÃO	SIM
3.01.01.603	Ferimentos Infectados E Mordidas De Animais [Desbridamento]	SIM	SIM

3.01.01.611	Incisão E Drenagem De Tenossinovites Purulentas	NÃO	SIM
3.01.01.620	Incisão E Drenagem De Abscesso, Hematoma Ou Panarício	NÃO	SIM
3.01.01.638	Incisão E Drenagem De Flegmão	NÃO	SIM
3.01.01.646	Infiltração Intralesional, Cicatricial / Hemangiomas - Por Sessão	SIM	SIM
3.01.01.662	Matricectomia Por Dobra Ungueal	SIM	SIM
3.01.01.670	Plástica Em Z Ou W	SIM	SIM
3.01.01.689	Reconstrução Com Retalhos De Gálea Aponeurótica	SIM	SIM
3.01.01.697	Retalho Composto (Incluindo Cartilagem Ou Osso)	SIM	SIM
3.01.01.700	Retalho Local Ou Regional	SIM	SIM
3.01.01.719	Retalho Muscular Ou Miocutâneo	SIM	SIM
3.01.01.735	Retirada De Corpo Estranho Subcutâneo	SIM	SIM
3.01.01.743	Retração Cicatricial De Axila - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.751	Retração Cicatricial De Zona De Flexão E Extensão De Membros Superiores E Inferiores - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.760	Retração Cicatricial Do Cotovelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.778	Retração De Aponevrose Palmar (Dupuytren) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.01.01.786	Sutura De Extensos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	SIM	SIM
3.01.01.794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	SIM	SIM
3.01.01.808	Transecção De Retalho	SIM	SIM
3.01.01.816	Transferência Intermediária De Retalho	SIM	SIM
3.01.01.824	Tratamento Cirúrgico De Bidas Constrictivas	SIM	SIM
3.01.01.832	Tratamento Cirúrgico De Grandes Hemangiomas	SIM	SIM
3.01.01.840	Tratamento Da Miiase Furunculóide (Por Lesão)	SIM	SIM
3.01.01.867	Tratamento De Escaras Ou Ulcerações Com Enxerto De Pele	SIM	SIM
3.01.01.875	Tratamento De Escaras Ou Ulcerações Com Retalhos Cutâneos Locais	SIM	SIM
3.01.01.883	Tratamento De Escaras Ou Ulcerações Com Retalhos Miocutâneos Ou Musculares	SIM	SIM
3.01.01.891	Tratamento De Fístula Cutânea	SIM	SIM
3.01.01.913	Tu Partes Moles - Exérese	SIM	SIM
3.01.01.921	Exérese E Sutura De Hemangioma, Linfangioma Ou Nevus (Por Grupo De Até 5 Lesões)	NÃO	SIM
3.01.01.930	Abscesso De Unha (Drenagem) - Tratamento Cirúrgico	NÃO	SIM
3.01.01.948	Cantoplastia Ungueal	SIM	SIM
3.01.01.956	Unha (Enxerto) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.02.01.012	Biópsia De Lábio	SIM	SIM
3.02.01.020	Excisão Com Plástica De Vermelhão	SIM	SIM
3.02.01.039	Excisão Com Reconstrução À Custa De Retalhos	SIM	SIM
3.02.01.047	Excisão Com Reconstrução Total	SIM	SIM
3.02.01.055	Excisão Em Cunha	SIM	SIM
3.02.01.063	Frenotomia Labial	SIM	SIM
3.02.01.071	Queiloplastia Para Fissura Labial Unilateral - Por Estágio	SIM	SIM
3.02.01.080	Reconstrução De Sulco Gengivo-Labial	SIM	SIM
3.02.01.098	Reconstrução Total Do Lábio	SIM	SIM
3.02.01.101	Tratamento Cirúrgico Da Macrostomia	SIM	SIM
3.02.01.110	Tratamento Cirúrgico Da Microstomia	SIM	SIM
3.02.02.019	Alongamento Cirúrgico Do Palato Mole	SIM	SIM
3.02.02.027	Biópsia De Boca	SIM	SIM
3.02.02.035	Excisão De Lesão Maligna Com Reconstrução À Custa De Retalhos Locais	SIM	SIM
3.02.02.043	Excisão De Tumor De Boca Com Mandibulectomia	SIM	SIM

3.02.02.051	Exérese De Tumor E Enxerto Cutâneo Ou Mucoso	SIM	SIM
3.02.02.060	Fístula Orofacial - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.02.02.078	Glossectomia Subtotal Ou Total, Com Ou Sem Mandibulectomia	SIM	SIM
3.02.02.086	Palato-Queiloplastia Unilateral	SIM	SIM
3.02.02.094	Palatoplastia Com Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.02.02.108	Palatoplastia Com Retalho Faríngeo	SIM	SIM
3.02.02.116	Palatoplastia Com Retalho Miomucoso	SIM	SIM
3.02.02.124	Palatoplastia Parcial	SIM	SIM
3.02.02.132	Palatoplastia Total	SIM	SIM
3.02.02.140	Plástica Do Ducto Parotídeo	SIM	SIM
3.02.03.015	Frenotomia Lingual	SIM	SIM
3.02.03.023	Tumor De Língua - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.02.03.031	Biópsia De Língua	SIM	SIM
3.02.04.011	Biópsia De Glândula Salivar	SIM	SIM
3.02.04.020	Excisão De Glândula Submandibular	SIM	SIM
3.02.04.038	Exérese De Rânula Ou Mucocele	SIM	SIM
3.02.04.046	Parotidectomia Parcial Com Conservação Do Nervo Facial	SIM	SIM
3.02.04.054	Parotidectomia Total Ampliada Com Ou Sem Reconstrução Com Retalhos Locais	SIM	SIM
3.02.04.062	Parotidectomia Total Com Conservação Do Nervo Facial	SIM	SIM
3.02.04.070	Parotidectomia Total Com Reconstrução Do Nervo Facial	SIM	SIM
3.02.04.089	Parotidectomia Total Com Sacrifício Do Nervo Facial, Sem Reconstrução	SIM	SIM
3.02.04.097	Plastia De Ducto Salivar Ou Exérese De Cálculo Ou De Rânula Salivar	SIM	SIM
3.02.04.100	Ressecção De Tumor De Glândula Sublingual	SIM	SIM
3.02.05.018	Abscesso Faríngeo - Qualquer Área	SIM	SIM
3.02.05.026	Adeno Tonsilectomia - Revisão Cirúrgica	SIM	SIM
3.02.05.034	Adeno-Amigdalectomia	SIM	SIM
3.02.05.042	Adenoidectomia	SIM	SIM
3.02.05.050	Amigdalectomia Das Palatinas	SIM	SIM
3.02.05.069	Amigdalectomia Lingual	SIM	SIM
3.02.05.077	Biópsia Do Cavum, Orofaringe Ou Hipofaringe	NÃO	SIM
3.02.05.085	Cauterização (Qualquer Técnica) Por Sessão	NÃO	SIM
3.02.05.093	Corpo Estranho De Faringe - Retirada Em Consultório	SIM	SIM
3.02.05.107	Corpo Estranho De Faringe - Retirada Sob Anestesia Geral	SIM	SIM
3.02.05.115	Criptólise Amigdaliana	SIM	SIM
3.02.05.140	Faringolaringectomia	SIM	SIM
3.02.05.158	Faringolaringoesofagectomia Total	SIM	SIM
3.02.05.166	Ressecção De Nasoangiofibroma	SIM	SIM
3.02.05.174	Ressecção De Tumor De Faringe (Via Bucal Ou Nasal)	SIM	SIM
3.02.05.182	Ressecção De Tumor De Faringe Com Acesso Por Faringotomia Ou Por Retalho Jugal	SIM	SIM
3.02.05.190	Ressecção De Tumor De Faringe Com Mandibulectomia	SIM	SIM
3.02.05.204	Ressecção De Tumor De Faringe Por Mandibulotomia	SIM	SIM
3.02.05.212	Ressecção De Tumor De Nasofaringe Via Endoscópica	SIM	SIM
3.02.05.220	Tonsilectomia A Laser	SIM	SIM
3.02.05.239	Tumor De Boca Ou Faringe - Ressecção	SIM	SIM
3.02.05.247	Uvulopalatofaringoplastia (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.02.05.263	Uvulopalatofaringoplastia Por Radiofrequência	SIM	SIM
3.02.05.271	Adenoidectomia Por Videoendoscopia	SIM	SIM

3.02.06.014	Alargamento De Traqueostomia	SIM	SIM
3.02.06.022	Aritenoidectomy Microcirúrgica	SIM	SIM
3.02.06.030	Aritenoidectomy Ou Aritenopexia Via Externa	SIM	SIM
3.02.06.049	Confecção De Fístula Tráqueo-Esofágica Para Prótese Fonatória Com Miotomia Faríngea	SIM	SIM
3.02.06.065	Exérese De Tumor Por Via Endoscópica	SIM	SIM
3.02.06.103	Injeção Intralaríngea De Toxina Botulínica	SIM	SIM
3.02.06.120	Laringectomy Parcial	SIM	SIM
3.02.06.138	Laringectomy Total	SIM	SIM
3.02.06.170	Laringofissura (Inclusive Com Corpectomia)	SIM	SIM
3.02.06.200	Laringotraqueoplastia	SIM	SIM
3.02.06.219	Microcirurgia Com Laser Para Remoção De Lesões Malignas	SIM	SIM
3.02.06.227	Microcirurgia Com Uso De Laser Para Ressecção De Lesões Benignas	SIM	SIM
3.02.06.235	Microcirurgia Para Decorticação Ou Tratamento De Edema De Reinke	SIM	SIM
3.02.06.243	Microcirurgia Para Remoção De Cisto Ou Lesão Intracordal	SIM	SIM
3.02.06.251	Microcirurgia Para Ressecção De Papiloma	SIM	SIM
3.02.06.260	Microcirurgia Para Ressecção De Pólipo, Nódulo Ou Granuloma	SIM	SIM
3.02.06.278	Microcirurgia Para Tratamento De Paralisia De Prega Vocal (Inclui Injeção De Materiais)	SIM	SIM
3.02.06.294	Reconstrução Para Fonação Após Laringectomy	SIM	SIM
3.02.06.308	Tioplastia Tipo 1 Com Rotação De Aritenóide	SIM	SIM
3.02.06.316	Tioplastia Tipo 1 Simples	SIM	SIM
3.02.06.324	Tioplastia Tipo 2 Ou 3	SIM	SIM
3.02.06.359	Tratamento Cirúrgico Da Estenose Laringo-Traqueal	SIM	SIM
3.02.06.367	Tratamento Cirúrgico De Trauma Laríngeo (Agudo)	SIM	SIM
3.02.07.010	Redução De Fratura Do Malar (Sem Fixação)	SIM	SIM
3.02.07.029	Redução De Fratura Do Malar (Com Fixação)	SIM	SIM
3.02.07.037	Redução De Fratura De Seio Frontal (Acesso Frontal)	SIM	SIM
3.02.07.045	Redução De Fratura De Seio Frontal (Acesso Coronal)	SIM	SIM
3.02.07.061	Fratura Do Arco Zigomático - Redução Instrumental Sem Fixação	SIM	SIM
3.02.07.070	Fratura Do Arco Zigomático - Redução Cirúrgica Com Fixação	SIM	SIM
3.02.07.088	Fratura Simples De Mandíbula Com Contenção E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.096	Fratura Simples De Mandíbula - Redução Cirúrgica Com Fixação Óssea E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.100	Fratura Naso Etmóide Órbita-Etmoidal	SIM	SIM
3.02.07.118	Fratura Cominutiva De Mandíbula - Redução Cirúrgica Com Fixação Óssea E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.126	Fraturas Complexas De Mandíbula - Redução Cirúrgica Com Fixação Óssea E Eventual Bloqueio Intermaxilar	SIM	SIM
3.02.07.134	Fraturas Alveolares - Fixação Com Aparelho E Contenção	SIM	SIM
3.02.07.142	Fratura De Maxila, Tipo Lefort I E Ii - Redução E Aplicação De Levantamento Zigomático-Maxilar Com Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.150	Fratura De Maxila, Tipo Lefort Iii - Redução E Aplicação De Levantamento Crânio-Maxilar Com Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.169	Fratura Lefort I - Fixação Cirúrgica Com Síntese Óssea, Levantamento E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.177	Fratura Lefort Ii - Fixação Cirúrgica Com Síntese Óssea, Levantamento E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.185	Fratura Lefort Iii - Fixação Cirúrgica Com Síntese Óssea, Levantamento Crânio-Maxilar E Bloqueio Intermaxilar Eventual	SIM	SIM
3.02.07.193	Fraturas Múltiplas De Terço Médio Da Face:Fixação Cirúrgica Com Síntese Óssea, Levantamento Crânio Maxilar E Bloqueio Intermaxilar	SIM	SIM

3.02.07.207	Fraturas Complexas Do Terço Médio Da Face, Fixação Cirúrgica Com Síntese, Levantamento Crânio-Maxilar, Enxerto Ósseo, Halo Craniano Eventual	SIM	SIM
3.02.07.215	Retirada Dos Meios De Fixação (Na Face)	SIM	SIM
3.02.07.223	Tratamento Conservador De Fratura De Ossos	SIM	SIM
3.02.07.231	Redução De Luxação Do Atm	SIM	SIM
3.02.08.017	Artroplastia Para Luxação Recidivante Da Articulação Têmporo-Mandibular	SIM	SIM
3.02.08.025	Osteoplastia Para Prognatismo, Micrognatismo Ou Laterognatismo	SIM	SIM
3.02.08.033	Osteotomias Alvéolo Palatinas	SIM	SIM
3.02.08.041	Osteotomias Segmentares Da Maxila Ou Malar	SIM	SIM
3.02.08.050	Osteotomia Tipo Lefort I	SIM	SIM
3.02.08.068	Osteotomia Tipo Lefort Ii	SIM	SIM
3.02.08.076	Osteotomia Tipo Lefort Iii - Extracraniana	SIM	SIM
3.02.08.084	Osteotomia Crânio-Maxilares Complexas	SIM	SIM
3.02.08.092	Redução Simples Da Luxação Da Articulação Têmporo-Mandibular Com Fixação Intermaxilar	SIM	SIM
3.02.08.106	Reconstrução Parcial Da Mandíbula Com Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.02.08.114	Reconstrução Total De Mandíbula Com Prótese E Ou Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.02.08.122	Tratamento Cirúrgico De Anquilose Da Articulação Têmporo-Mandibular	SIM	SIM
3.02.08.130	Translocação Etmóido Orbital Para Tratamento Do Hipertelorismo Miocutâneo Associado A Expansor De Tecido - Por Lado	SIM	SIM
3.02.09.013	Osteoplastias Etmóido Orbitais	SIM	SIM
3.02.09.021	Osteoplastias De Mandíbula	SIM	SIM
3.02.09.030	Osteoplastias Do Arco Zigomático	SIM	SIM
3.02.09.048	Osteoplastias Da Órbita	SIM	SIM
3.02.09.056	Correção Cirúrgica De Depressão (Afundamento) Da Região Frontal	SIM	SIM
3.02.10.011	Hemiatrofia Facial, Correção Com Enxerto De Gordura Ou Implante	SIM	SIM
3.02.10.020	Correção De Tumores, Cicatrizes Ou Ferimentos Com O Auxílio De Expansores De Tecidos - Por Estágio	SIM	SIM
3.02.10.038	Paralisia Facial - Reanimação Com O Músculo Temporal (Região Oral), Sem Neurotização	SIM	SIM
3.02.10.046	Paralisia Facial - Reanimação Com O Músculo Temporal (Região Orbital), Sem Neurotização	SIM	SIM
3.02.10.054	Paralisia Facial - Reanimação Com O Músculo Temporal (Região Oral) Com Neurotização	SIM	SIM
3.02.10.062	Paralisia Facial - Reanimação Com O Músculo Temporal (Região Orbital E Oral) Com Neurotização	SIM	SIM
3.02.10.070	Reconstrução Com Retalhos Axiais Supra-Orbitais E Supratrocleares	SIM	SIM
3.02.10.089	Reconstrução Com Retalho Axial Da Artéria Temporal Superficial	SIM	SIM
3.02.10.097	Reconstrução Com Retalhos Em Vγ De Pedículo Subarterial	SIM	SIM
3.02.10.100	Reconstrução Com Rotação Do Músculo Temporal	SIM	SIM
3.02.10.119	Exérese De Tumor Maligno De Pele	SIM	SIM
3.02.10.127	Exérese De Tumor Benigno, Cisto Ou Fístula	SIM	SIM
3.02.11.018	Biópsia De Mandíbula	SIM	SIM
3.02.11.034	Ressecção De Tumor De Mandíbula Com Desarticulação De Atm	SIM	SIM
3.02.11.042	Hemimandibulectomia Ou Ressecção Segmentar Ou Seccional Da Mandíbula	SIM	SIM
3.02.11.050	Mandibulectomia Total	SIM	SIM
3.02.11.069	Mandibulectomia Com Ou Sem Esvaziamento Orbitário E Rinotomia Lateral	SIM	SIM
3.02.12.014	Cervicotomia Exploradora	SIM	SIM
3.02.12.022	Drenagem De Abscesso Cervical Profundo	SIM	SIM
3.02.12.030	Esvaziamento Cervical Radical (Especificar O Lado)	SIM	SIM
3.02.12.049	Esvaziamento Cervical Radical Ampliado	SIM	SIM

3.02.12.057	Esvaziamento Cervical Seletivo [Especificar O Lado]	SIM	SIM
3.02.12.065	Exérese De Cisto Branquial	SIM	SIM
3.02.12.073	Exérese De Cisto Tireoglosso	SIM	SIM
3.02.12.081	Exérese De Tumor Benigno, Cisto Ou Fístula Cervical	SIM	SIM
3.02.12.090	Linfadenectomia Profunda	SIM	SIM
3.02.12.103	Linfadenectomia Superficial	SIM	SIM
3.02.12.111	Neuroblastoma Cervical - Exérese	SIM	SIM
3.02.12.120	Punção-Biópsia De Pescoço	SIM	SIM
3.02.12.138	Reconstrução De Esôfago Cervical	SIM	SIM
3.02.12.146	Ressecção De Tumor De Corpo Carotídeo	SIM	SIM
3.02.12.154	Retração Cicatricial Cervical - Por Estágio	SIM	SIM
3.02.12.162	Retração Cicatricial Cervical Com Emprego De Expansores De Tecido - Por Estágio	SIM	SIM
3.02.12.170	Torcicolo Congênito - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.02.12.189	Tratamento Cirúrgico Da Lipomatose Cervical	SIM	SIM
3.02.12.197	Tratamento Cirúrgico De Fístula Com Retalho Cutâneo	SIM	SIM
3.02.13.010	Biópsia De Tireóide	NÃO	SIM
3.02.13.029	Bócio Mergulhante: Extirpação Por Acesso Cérvico-Torácico	SIM	SIM
3.02.13.037	Istmectomia Ou Nodulectomia	SIM	SIM
3.02.13.045	Tireoidectomia Parcial	SIM	SIM
3.02.13.053	Tireoidectomia Total	SIM	SIM
3.02.14.017	Biópsia De Paratireóide	NÃO	SIM
3.02.14.025	Paratireoidectomia Com Toracotomia	SIM	SIM
3.02.14.033	Reimplante De Paratireóide Previamente Preservada	SIM	SIM
3.02.14.041	Tratamento Cirúrgico Do Hiperparatireoidismo Primário	SIM	SIM
3.02.14.050	Tratamento Cirúrgico Do Hiperparatireoidismo Secundário	SIM	SIM
3.02.15.013	Cranioplastia	SIM	SIM
3.02.15.021	Craniotomia Descompressiva	SIM	SIM
3.02.15.030	Craniotomia Para Tumores Ósseos	SIM	SIM
3.02.15.048	Reconstrução Craniana Ou Craniofacial	SIM	SIM
3.02.15.056	Retirada De Cranioplastia	SIM	SIM
3.02.15.072	Tratamento Cirúrgico Da Craniossinostose	SIM	SIM
3.02.15.080	Tratamento Cirúrgico Da Fratura Do Crânio - Afundamento	SIM	SIM
3.02.15.099	Tratamento Cirúrgico Da Osteomielite De Crânio	SIM	SIM
3.03.01.017	Abscesso De Pálpebra - Drenagem	NÃO	SIM
3.03.01.025	Biópsia De Pálpebra	NÃO	SIM
3.03.01.033	Blefarorrafia	SIM	SIM
3.03.01.041	Calázio - Exérese	SIM	SIM
3.03.01.050	Cantoplastia Lateral	SIM	SIM
3.03.01.068	Cantoplastia Medial	SIM	SIM
3.03.01.076	Coloboma - Com Plástica	SIM	SIM
3.03.01.084	Correção Cirúrgica De Ectrópio Ou Entrópio	SIM	SIM
3.03.01.114	Epicanto - Correção Cirúrgica - Unilateral	SIM	SIM
3.03.01.122	Epilação	SIM	SIM
3.03.01.130	Epilação De Cílios [Diatermo-Coagulação]	SIM	SIM
3.03.01.149	Fissura Palpebral - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.01.157	Lagofthalmo - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.01.165	Pálpebra - Reconstrução Parcial [Com Ou Sem Ressecção De Tumor]	SIM	SIM

3.03.01.173	Pálpebra – Reconstrução Total (Com Ou Sem Ressecção De Tumor) – Por Estágio	SIM	SIM
3.03.01.181	Ptose Palpebral – Correção Cirúrgica – Unilateral	SIM	SIM
3.03.01.190	Ressecção De Tumores Palpebrais	SIM	SIM
3.03.01.203	Retração Palpebral – Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.01.211	Simbléfaro Com Ou Sem Enxerto – Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.01.220	Supercílio – Reconstrução Total	SIM	SIM
3.03.01.238	Sutura De Pálpebra	NÃO	SIM
3.03.01.246	Tarsorrafia	SIM	SIM
3.03.01.254	Telecanto – Correção Cirúrgica – Unilateral	SIM	SIM
3.03.01.262	Triquíase Com Ou Sem Enxerto	SIM	SIM
3.03.02.013	Correção Da Enofalmia	SIM	SIM
3.03.02.021	Descompressão De Órbita Ou Nervo Ótico	SIM	SIM
3.03.02.030	Exenteração Com Osteotomia	SIM	SIM
3.03.02.048	Exenteração De Órbita	SIM	SIM
3.03.02.056	Exérese De Tumor Com Abordagem Craniofacial Oncológica (Tempo Facial) Pálpebra, Cavidade Orbitária E Olhos	SIM	SIM
3.03.02.064	Fratura De Órbita – Redução Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.02.072	Fratura De Órbita – Redução Cirúrgica E Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.03.02.080	Implante Secundário De Órbita	SIM	SIM
3.03.02.099	Microcirurgia Para Tumores Orbitários	SIM	SIM
3.03.02.102	Reconstituição De Paredes Orbitárias	SIM	SIM
3.03.02.110	Reconstrução Parcial Da Cavidade Orbital – Por Estágio	SIM	SIM
3.03.02.129	Reconstrução Total Da Cavidade Orbital – Por Estágio	SIM	SIM
3.03.02.137	Tumor De Órbita – Exérese	SIM	SIM
3.03.03.010	Autotransplante Conjuntival	SIM	SIM
3.03.03.028	Biópsia De Conjuntiva	NÃO	SIM
3.03.03.044	Infiltração Subconjuntival	SIM	SIM
3.03.03.052	Plástica De Conjuntiva	SIM	SIM
3.03.03.060	Pterígio – Exérese	SIM	SIM
3.03.03.079	Reconstituição De Fundo De Saco	SIM	SIM
3.03.03.087	Sutura De Conjuntiva	NÃO	SIM
3.03.03.109	Tumor De Conjuntiva – Exérese	SIM	SIM
3.03.04.016	Cauterização De Córnea	SIM	SIM
3.03.04.024	Ceratectomia Superficial – Monocular	SIM	SIM
3.03.04.032	Corpo Estranho Da Córnea – Retirada	NÃO	SIM
3.03.04.040	Ptk Ceratectomia Fototerapêutica – Monocular	SIM	SIM
3.03.04.059	Recobrimento Conjuntival	SIM	SIM
3.03.04.067	Sutura De Córnea (Com Ou Sem Hérnia De Íris)	NÃO	SIM
3.03.04.075	Tarsoconjuntivoceratoplastia	SIM	SIM
3.03.04.083	Implante De Anel Intra-Estromal	SIM	SIM
3.03.04.091	Fotoablação De Superfície Convencional – Prk	SIM	SIM
3.03.04.105	Delaminação Corneana Com Fotoablação Estromal – Lasik	SIM	SIM
3.03.05.012	Paracentese Da Câmara Anterior	SIM	SIM
3.03.05.020	Reconstrução Da Câmara Anterior	SIM	SIM
3.03.05.039	Remoção De Hifema	SIM	SIM
3.03.05.047	Retirada De Corpo Estranho Da Câmara Anterior	SIM	SIM
3.03.06.019	Capsulotomia Yag Ou Cirúrgica	SIM	SIM
3.03.06.027	Facectomia Com Lente Intra-Ocular Com Facoemulsificação	SIM	SIM

3.03.06.035	Facectomia Com Lente Intra-Ocular Sem Facoemulsificação	SIM	SIM
3.03.06.043	Facectomia Sem Implante	SIM	SIM
3.03.06.051	Fixação Iriana De Lente Intra-Ocular	SIM	SIM
3.03.06.060	Implante Secundário / Explante / Fixação Escleral Ou Iriana	SIM	SIM
3.03.06.078	Remoção De Pigmentos Da Lente Intra-Ocular Com Yag-Laser	SIM	SIM
3.03.07.015	Biópsia De Tumor Via Pars Plana	SIM	SIM
3.03.07.023	Biópsia De Vítreo Via Pars Plana	SIM	SIM
3.03.07.031	Endolaser/Endodiatermia	SIM	SIM
3.03.07.040	Implante De Silicone Intravítreo	SIM	SIM
3.03.07.058	Infusão De Perfluocarbono	SIM	SIM
3.03.07.066	Membranectomia Epi Ou Sub-Retiniana	SIM	SIM
3.03.07.074	Retirada De Corpo Estranho Do Corpo Vítreo	SIM	SIM
3.03.07.082	Retirada De Óleo De Silicone Via Pars Plana	SIM	SIM
3.03.07.090	Troca Fluido Gasosa	SIM	SIM
3.03.07.104	Vitrectomia A Céu Aberto - Ceratoprótese	SIM	SIM
3.03.07.112	Vitrectomia Anterior	SIM	SIM
3.03.07.120	Vitrectomia Vias Pars Plana	SIM	SIM
3.03.07.139	Infusão Intravítrea De Medicação Anti-Inflamatória	SIM	SIM
3.03.07.147	Tratamento Ocular Quimioterápico Com Anti-Angiogênico. Programa De 24 Meses. Uma Sessão Por Mês [Por Sessão]	SIM	SIM
3.03.08.011	Biópsia De Esclera	NÃO	SIM
3.03.08.020	Enxerto De Esclera [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.03.08.038	Sutura De Esclera	NÃO	SIM
3.03.09.018	Enucleação Ou Evisceração Com Ou Sem Implante	SIM	SIM
3.03.09.026	Injeção Retrobulbar	SIM	SIM
3.03.09.034	Reconstituição De Globo Ocular Com Lesão De Estruturas Intra-Oculares	SIM	SIM
3.03.10.016	Biópsia De Íris E Corpo Ciliar	SIM	SIM
3.03.10.024	Cicloterapia - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.03.10.032	Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosas	SIM	SIM
3.03.10.040	Cirurgias Fistulizantes Com Implantes Valvulares	SIM	SIM
3.03.10.059	Drenagem De Descolamento De Coróide	SIM	SIM
3.03.10.067	Fototrabelculoplastia [Laser]	SIM	SIM
3.03.10.075	Goniotomia Ou Trabeculotomia	SIM	SIM
3.03.10.083	Iridectomia [Laser Ou Cirúrgica]	SIM	SIM
3.03.10.091	Iridociclectomia	SIM	SIM
3.03.10.105	Sinequiotomia [Cirúrgica]	SIM	SIM
3.03.10.113	Sinequiotomia [Laser]	SIM	SIM
3.03.11.012	Biópsia De Músculos	NÃO	SIM
3.03.11.020	Cirurgia Com Sutura Ajustável	SIM	SIM
3.03.11.039	Estrabismo Ciclo Vertical/Transposição - Monocular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.03.11.047	Estrabismo Horizontal - Monocular - Tratamento Ciúrgico	SIM	SIM
3.03.11.055	Injeção De Toxina Botulínica - Monocular	SIM	SIM
3.03.12.019	Aplicação De Placa Radiativa Episcleral	SIM	SIM
3.03.12.027	Biópsia De Retina	NÃO	SIM
3.03.12.035	Exérese De Tumor De Coróide E/Ou Corpo Ciliar	SIM	SIM
3.03.12.043	Fotocoagulação [Laser] - Por Sessão - Monocular	NÃO	SIM
3.03.12.051	Infusão De Gás Expansor	SIM	SIM
3.03.12.060	Pancrioterapia Periférica	SIM	SIM

3.03.12.078	Remoção De Implante Episcleral	SIM	SIM
3.03.12.086	Retinopexia Com Introflexão Escleral	SIM	SIM
3.03.12.094	Retinopexia Pneumática	SIM	SIM
3.03.12.108	Retinopexia Profilática [Criopexia]	SIM	SIM
3.03.13.015	Cirurgia Da Glândula Lacrimal	SIM	SIM
3.03.13.023	Dacriocistectomia - Unilateral	SIM	SIM
3.03.13.031	Dacriocistorrinostomia Com Ou Sem Intubação - Unilateral	SIM	SIM
3.03.13.040	Fechamento Dos Pontos Lacrimais	SIM	SIM
3.03.13.058	Reconstituição De Vias Lacrimais Com Silicone Ou Outro Material	SIM	SIM
3.03.13.066	Sondagem Das Vias Lacrimais - Com Ou Sem Lavagem	SIM	SIM
3.04.01.011	Biópsia De Pavilhão Auricular	NÃO	SIM
3.04.01.020	Exérese De Tumor Com Abordagem Craniofacial Oncológica Pavilhão Auricular [Tempo Facial]	SIM	SIM
3.04.01.038	Exérese De Tumor Com Fechamento Primário	SIM	SIM
3.04.01.046	Outros Defeitos Congênitos Que Não A Microtia	SIM	SIM
3.04.01.054	Reconstrução De Orelha - Retoques	SIM	SIM
3.04.01.062	Reconstrução De Unidade Anatômica Do Pavilhão Auricular - Por Estágio	SIM	SIM
3.04.01.070	Reconstrução Total De Orelha - Único Estágio	SIM	SIM
3.04.01.089	Ressecção De Tumor De Pavilhão Auricular, Incluindo Parte Do Osso Temporal	SIM	SIM
3.04.01.097	Ressecção Subtotal Ou Total De Orelha	SIM	SIM
3.04.01.100	Tratamento Cirúrgico De Sinus Pré-Auricular	SIM	SIM
3.04.02.018	Aspiração Auricular	SIM	SIM
3.04.02.026	Biópsia [Orelha Externa]	NÃO	SIM
3.04.02.034	Cisto Pré-Auricular [Coloboma Auris] - Exérese-Unilateral	SIM	SIM
3.04.02.042	Corpos Estranhos, Pólipos Ou Biópsia - Em Consultório	NÃO	SIM
3.04.02.050	Corpos Estranhos, Pólipos Ou Biópsia - Em Hospital Sob Anestesia Geral	SIM	SIM
3.04.02.069	Estenose De Conduto Auditivo Externo - Correção	SIM	SIM
3.04.02.077	Furúnculo - Drenagem [Ouvido]	NÃO	SIM
3.04.02.085	Pericondrite De Pavilhão - Tratamento Cirúrgico Com Desbridamento	SIM	SIM
3.04.02.093	Tumor Benigno De Conduto Auditivo Externo - Exérese	SIM	SIM
3.04.03.014	Cauterização De Membrana Timpânica	SIM	SIM
3.04.03.030	Estapedectomia Ou Estapedotomia	SIM	SIM
3.04.03.049	Exploração E Descompressão Parcial Do Nervo Facial Intratemporal	SIM	SIM
3.04.03.057	Fístula Perilinfática - Fechamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.04.03.065	Glomus Jugular - Ressecção	SIM	SIM
3.04.03.073	Glomus Timpânicus - Ressecção	SIM	SIM
3.04.03.081	Mastoidectomia Simples Ou Radical Modificada	SIM	SIM
3.04.03.090	Ouvido Congênito - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.04.03.103	Paracentese Do Tímpano - Miringotomia, Unilateral - Em Consultório	SIM	SIM
3.04.03.111	Tímpano-Mastoidectomia	SIM	SIM
3.04.03.120	Timpanoplastia Com Reconstrução Da Cadeia Ossicular	SIM	SIM
3.04.03.138	Timpanoplastia Tipo I - Miringoplastia - Unilateral	SIM	SIM
3.04.03.146	Timpanotomia Exploradora - Unilateral	SIM	SIM
3.04.03.154	Timpanotomia Para Tubo De Ventilação - Unilateral	SIM	SIM
3.04.03.162	Paracentese Do Tímpano, Unilateral, Em Hospital - Anestesia Geral	SIM	SIM
3.04.04.010	Doença De Meniere - Tratamento Cirúrgico - Descompressão Do Saco Endolinfático Ou Shunt	SIM	SIM
3.04.04.029	Enxerto Parcial Intratemporal Do Nervo Facial - Do Foramen Estilo-Mastóideo Ao Gânglio Geniculado	SIM	SIM

3.04.04.037	Enxerto Parcial Intratemporal Do Nervo Facial - Do Gânglio Geniculado Ao Meato Acústico Interno	SIM	SIM
3.04.04.045	Enxerto Total Do Nervo Facial Intratemporal	SIM	SIM
3.04.04.053	Exploração E Descompressão Total Do Nervo Facial (Transmastóideo, Translabiríntico, Fossa Média)	SIM	SIM
3.04.04.061	Implante Coclear (Exceto A Prótese)	SIM	SIM
3.04.04.088	Labirintectomia (Membranosa Ou Óssea) - Sem Audição	SIM	SIM
3.04.04.096	Neurectomia Vestibular Para Fossa Média Ou Posterior	SIM	SIM
3.04.04.100	Neurectomia Vestibular Translabiríntica - Sem Audição	SIM	SIM
3.04.04.126	Ressecção Do Osso Temporal	SIM	SIM
3.04.04.134	Tumor Do Nervo Acústico - Ressecção Via Translabiríntica Ou Fossa Média	SIM	SIM
3.05.01.016	Abscesso Ou Hematoma De Septo Nasal - Drenagem	NÃO	SIM
3.05.01.024	Abscesso Ou Hematoma De Septo Nasal - Drenagem Sob Anestesia Geral	SIM	SIM
3.05.01.040	Alongamento De Columela	SIM	SIM
3.05.01.059	Biópsia De Nariz	NÃO	SIM
3.05.01.067	Corneto Inferior - Cauterização Linear - Unilateral	SIM	SIM
3.05.01.075	Corneto Inferior - Infiltração Medicamentosa (Unilateral)	SIM	SIM
3.05.01.083	Corpos Estranhos - Retirada Em Consultório (Nariz)	NÃO	SIM
3.05.01.091	Corpos Estranhos - Retirada Sob Anestesia Geral / Hospital (Nariz)	SIM	SIM
3.05.01.113	Epistaxe - Cauterização (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.05.01.121	Epistaxe - Cauterização Da Artéria Esfenopalatina Com Microscopia - Unilateral	SIM	SIM
3.05.01.130	Epistaxe - Cauterização Das Artérias Etmoidais Com Microscopia - Unilateral	SIM	SIM
3.05.01.148	Epistaxe - Ligadura Das Artérias Etmoidais - Acesso Transorbitário - Unilateral	SIM	SIM
3.05.01.156	Epistaxe - Tamponamento Antero-Posterior	SIM	SIM
3.05.01.164	Epistaxe - Tamponamento Anterior	SIM	SIM
3.05.01.172	Epistaxe - Tamponamento Antero-Posterior Sob Anestesia Geral	SIM	SIM
3.05.01.180	Exérese De Tumor Com Abordagem Craniofacial Oncológica (Tempo Facial) Pirâmide Nasal	SIM	SIM
3.05.01.199	Exérese De Tumor Nasal Por Via Endoscópica	SIM	SIM
3.05.01.202	Fechamento De Fístula Liquórica Transnasal	SIM	SIM
3.05.01.210	Fístula Liquórica - Tratamento Cirúrgico Endoscópico Intranasal	SIM	SIM
3.05.01.229	Fraturas Dos Ossos Nais - Redução Cirúrgica E Gesso	SIM	SIM
3.05.01.237	Fraturas Dos Ossos Nais - Redução Incruenta E Gesso	NÃO	SIM
3.05.01.245	Imperfuração Coanal - Correção Cirúrgica Intranasal	SIM	SIM
3.05.01.253	Imperfuração Coanal - Correção Cirúrgica Transpalatina	SIM	SIM
3.05.01.261	Ozena - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.05.01.270	Perfuração Do Septo Nasal - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.05.01.288	Polipectomia - Unilateral (Nariz)	SIM	SIM
3.05.01.296	Reconstrução De Unidade Anatômica Do Nariz - Por Estágio	SIM	SIM
3.05.01.300	Reconstrução Total De Nariz - Por Estágio	SIM	SIM
3.05.01.318	Ressecção De Tumores Malignos Transnasais	SIM	SIM
3.05.01.326	Rinectomia Parcial	SIM	SIM
3.05.01.334	Rinectomia Total	SIM	SIM
3.05.01.342	Rinoplastia Reparadora	SIM	SIM
3.05.01.350	Rinosseptoplastia Funcional	SIM	SIM
3.05.01.369	Septoplastia (Qualquer Técnica Sem Vídeo)	SIM	SIM
3.05.01.377	Sinéquia Nasal - Ressecção Unilateral - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.05.01.385	Tratamento Cirúrgico Da Atresia Narinária	SIM	SIM
3.05.01.393	Tratamento Cirúrgico De Deformidade Nasal Congênita	SIM	SIM

3.05.01.407	Tratamento Cirúrgico Do Rinofima	SIM	SIM
3.05.01.415	Tratamento Cirúrgico Reparador Do Nariz Em Sela	SIM	SIM
3.05.01.423	Tratamento De Deformidade Traumática Nasal	SIM	SIM
3.05.01.431	Tumor Intranasal - Exérese Por Rinotomia Lateral	SIM	SIM
3.05.01.440	Tumor Intranasal - Exérese Por Via Transnasal	SIM	SIM
3.05.01.458	Turbinectomia Ou Turbinoplastia - Unilateral	SIM	SIM
3.05.01.474	Corpos Estranhos - Retirada Sob Anestesia Geral / Hospital (Nariz) - Por Videoendoscopia	SIM	SIM
3.05.01.482	Epistaxe - Cauterização Da Artéria Esfenopalatina Com Microscopia - Unilateral Por Videoendoscopia	SIM	SIM
3.05.01.490	Imperfuração Coanal - Correção Cirúrgica Intranasal Por Videoendoscopia	SIM	SIM
3.05.02.012	Angiofibroma - Ressecção Transmaxilar E/Ou Transpalatina	SIM	SIM
3.05.02.020	Antrostomia Maxilar Intranasal	SIM	SIM
3.05.02.039	Artéria Maxilar Interna - Ligadura Transmaxilar	SIM	SIM
3.05.02.047	Cisto Naso-Alveolar E Globular - Exérese	SIM	SIM
3.05.02.063	Descompressão Transetmoidal Do Canal Óptico	SIM	SIM
3.05.02.071	Etmoidectomia Externa	SIM	SIM
3.05.02.080	Etmoidectomia Intranasal	SIM	SIM
3.05.02.098	Exérese De Tumor Com Abordagem Craniofacial Oncológica Seios...(Tempo Facial)	SIM	SIM
3.05.02.101	Exérese De Tumor De Seios Paranasais Por Via Endoscopica	SIM	SIM
3.05.02.110	Fístula Oro-Antral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.05.02.128	Fístula Oronasal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.05.02.136	Maxilectomia Incluindo Exenteração De Órbita	SIM	SIM
3.05.02.144	Maxilectomia Parcial	SIM	SIM
3.05.02.152	Maxilectomia Total	SIM	SIM
3.05.02.160	Pólipo Antro-Coanal De Killiam - Exérese	SIM	SIM
3.05.02.179	Punção Maxilar Transmeática Ou Via Fossa Canina	SIM	SIM
3.05.02.187	Ressecção De Tumor Benigno	SIM	SIM
3.05.02.195	Biópsia De Seios Paranasais - Qualquer Via	NÃO	SIM
3.05.02.209	Sinusectomia Maxilar - Via Endonasal	SIM	SIM
3.05.02.217	Sinusectomia Frontal Com Retalho Osteoplástico Ou Via Coronal	SIM	SIM
3.05.02.225	Sinusectomia Fronto-Etmoidal Por Via Externa	SIM	SIM
3.05.02.233	Sinusectomia Maxilar - Via Oral (Caldwell-Luc)	SIM	SIM
3.05.02.241	Sinusectomia Transmaxilar (Ermiro De Lima)	SIM	SIM
3.05.02.250	Sinusotomia Esfenoidal	SIM	SIM
3.05.02.268	Sinusotomia Frontal Intranasal	SIM	SIM
3.05.02.276	Sinusotomia Frontal Via Externa	SIM	SIM
3.05.02.314	Etmoidectomia Intranasal Por Videoendoscopia	SIM	SIM
3.05.02.322	Sinusectomia Maxilar - Via Endonasal Por Videoendoscopia	SIM	SIM
3.06.01.010	Correção De Deformidades Da Parede Torácica	SIM	SIM
3.06.01.029	Costectomy	SIM	SIM
3.06.01.037	Esternectomia Subtotal	SIM	SIM
3.06.01.045	Esternectomia Total	SIM	SIM
3.06.01.053	Fechamento De Pleurostomia	SIM	SIM
3.06.01.070	Mobilização De Retalhos Musculares Ou Do Omento	SIM	SIM
3.06.01.088	Plumbagem Extrafascial	SIM	SIM
3.06.01.096	Reconstrução Da Parede Torácica (Com Ou Sem Prótese)	SIM	SIM
3.06.01.100	Reconstrução Da Parede Torácica Com Retalhos Cutâneos	SIM	SIM

3.06.01.118	Reconstrução Da Parede Torácica Com Retalhos Musculares Ou Miocutâneos	SIM	SIM
3.06.01.126	Reconstrução Da Região Eterna Com Retalhos Musculares Bilaterais	SIM	SIM
3.06.01.134	Ressecção De Tumor Do Diafragma E Reconstrução (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.06.01.142	Retirada De Corpo Estranho Da Parede Torácica	SIM	SIM
3.06.01.150	Toracectomia	SIM	SIM
3.06.01.169	Toracoplastia (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.06.01.177	Toracotomia Com Biópsia	SIM	SIM
3.06.01.185	Toracotomia Exploradora (Excluídos Os Procedimentos Intratorácicos)	SIM	SIM
3.06.01.193	Toracotomia Para Procedimentos Ortopédicos Sobre A Coluna Vertebral	SIM	SIM
3.06.01.207	Tração Esquelética Do Gradil Costo-Eterna (Traumatismo)	SIM	SIM
3.06.01.215	Tratamento Cirúrgico De Fraturas Do Gradil Costal	SIM	SIM
3.06.01.223	Biópsia Cirúrgica De Costela Ou Esterno	NÃO	SIM
3.06.01.231	Fratura Luxação De Esterno Ou Costela - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.06.01.240	Fratura Luxação De Esterno Ou Costela - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.06.01.258	Osteomielite De Costela Ou Esterno - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.06.01.266	Punção Biópsia De Costela Ou Esterno	SIM	SIM
3.06.01.290	Ressutura De Parede Torácica	SIM	SIM
3.06.01.304	Fratura De Costela Ou Esterno - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.06.02.017	Biópsia Incisional De Mama	NÃO	SIM
3.06.02.025	Coleta De Fluxo Papilar De Mama	SIM	SIM
3.06.02.033	Correção Cirúrgica Da Assimetria Mamária	SIM	SIM
3.06.02.041	Correção De Inversão Papilar - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.050	Drenagem De Abscesso De Mama	SIM	SIM
3.06.02.068	Drenagem E/Ou Aspiração De Seroma	SIM	SIM
3.06.02.076	Exérese De Lesão Da Mama Por Marcação Estereotáxica Ou Roll	SIM	SIM
3.06.02.084	Exérese De Mama Supra-Numerária - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.092	Exérese De Nódulo	SIM	SIM
3.06.02.106	Fistulectomia De Mama	SIM	SIM
3.06.02.114	Ginecomastia - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.122	Correção Da Hipertrofia Mamária - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.130	Linfadenectomia Axilar	SIM	SIM
3.06.02.149	Mastectomia Radical Ou Radical Modificada - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.06.02.157	Mastectomia Simples	SIM	SIM
3.06.02.165	Mastectomia Subcutânea E Inclusão Da Prótese	SIM	SIM
3.06.02.173	Mastoplastia Em Mama Oposta Após Reconstrução Da Contralateral	SIM	SIM
3.06.02.181	Punção Ou Biópsia Percutânea De Agulha Fina - Por Nódulo (Máximo De 3 Nódulos Por Mama)	NÃO	SIM
3.06.02.190	Quadrantectomia E Linfadenectomia Axilar	SIM	SIM
3.06.02.203	Quadrantectomia - Ressecção Segmentar	SIM	SIM
3.06.02.211	Reconstrução Da Placa Aréolo Mamilar - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.238	Reconstrução Mamária Com Retalho Muscular Ou Miocutâneo - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.246	Reconstrução Mamária Com Retalhos Cutâneos Regionais	SIM	SIM
3.06.02.254	Reconstrução Parcial Da Mama Pós-Quadrantectomia	SIM	SIM
3.06.02.262	Reconstrução Da Mama Com Prótese E/Ou Expansor	SIM	SIM
3.06.02.289	Ressecção Do Linfonodo Sentinela / Torácica Lateral	SIM	SIM
3.06.02.297	Ressecção Do Linfonodo Sentinela / Torácica Medial	SIM	SIM
3.06.02.300	Ressecção Dos Ductos Principais Da Mama - Unilateral	SIM	SIM
3.06.02.319	Retirada Da Válvula Após Colocação De Expansor Permanente	SIM	SIM

3.06.02.327	Substituição De Prótese	SIM	SIM
3.06.02.343	Linfadenectomia Por Incisão Extra-Axilar	SIM	SIM
3.06.02.351	Mamoplastia	SIM	SIM
3.07.01.015	Abdominal Ou Hipogástrico - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.023	Antebraço - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.031	Axilar - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.040	Couro Cabeludo - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.058	Deltopetoral - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.066	Digitais (Da Face Volar E Lateral-Cubital Dos Dedos Médio E Anular Da Mão) - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.074	Digital Do Hallux - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.082	Dorsal Do Pé - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.090	Escapular - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.104	Femoral - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.112	Fossa Poplítea - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.120	Inguinal-Cural - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.139	Intercostal - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.147	Interdigital Da 1ª Comissura Dos Dedos Do Pé - Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.155	Outros Transplantes Cutâneos	SIM	SIM
3.07.01.163	Paraescapular	SIM	SIM
3.07.01.171	Retroauricular	SIM	SIM
3.07.01.180	Temporal	SIM	SIM
3.07.01.198	Transplante Cutâneo Com Microanastomose	SIM	SIM
3.07.01.201	Transplante Cutâneo Sem Microanastomose, Ilha Neurovascular	SIM	SIM
3.07.01.210	Transplante Miocutâneo Com Microanastomose	SIM	SIM
3.07.02.011	Grande Dorsal (Latissimus Dorsi) - Transplantes Músculo-Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.02.020	Grande Glúteo (Gluteus Maximus)	SIM	SIM
3.07.02.038	Outros Transplantes Músculo-Cutâneos	SIM	SIM
3.07.02.046	Reto Abdominal (Rectus Abdominis)	SIM	SIM
3.07.02.054	Reto Interno (Gracilis) - Transplantes Músculo-Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.02.062	Serrato Maior (Serratus) - Transplantes Músculo-Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.02.070	Tensor Da Fascia Lata (Tensor Fascia Lata) - Transplantes Músculo-Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.02.089	Trapézio (Trapezius)	SIM	SIM
3.07.03.018	Bíceps Femoral (Biceps Femoris)	SIM	SIM
3.07.03.026	Extensor Comum Dos Dedos (Extensor Digitorum Longus)	SIM	SIM
3.07.03.034	Extensor Próprio Do Dedo Gordo (Extensor Hallucis Longus)	SIM	SIM
3.07.03.042	Flexor Curto Plantar (Flexor Digitorum Brevis)	SIM	SIM
3.07.03.050	Grande Dorsal (Latissimus Dorsi) - Transplantes Musculares Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.03.069	Grande Peitoral (Pectoralis Major)	SIM	SIM
3.07.03.077	Músculo Pêdio (Extensor Digitorum Brevis)	SIM	SIM
3.07.03.085	Os Músculos Latissimus Dorsi, Gracilis, Rectus Femoris, Tensor Fascia Lata, Flexor Digitorum Brevis, Quando Transplantados Com Sua Inervação E Praticada A Microaneurrafia Com Finalidade De Restaurar Função E Sensibilidade, Serão Considerados Retalho	SIM	SIM
3.07.03.093	Outros Transplantes Musculares	SIM	SIM
3.07.03.107	Primeiro Radial Externo (Extensor Carpi Radialis Longus)	SIM	SIM
3.07.03.115	Reto Anterior (Rectus Femoris)	SIM	SIM

3.07.03.123	Reto Interno (Gracilis) - Transplantes Musculares Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.03.131	Sartório (Sartorius)	SIM	SIM
3.07.03.140	Semimembranoso (Semimembranosus)	SIM	SIM
3.07.03.158	Semitendinoso (Semitendinosus)	SIM	SIM
3.07.03.166	Serrato Maior (Serratus) - Transplantes Musculares Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.03.174	Supinador Longo (Brachioradialis)	SIM	SIM
3.07.03.182	Tensor Da Fascia Lata (Tensor Fascia Lata) - Transplantes Musculares Com Microanastomoses Vasculares	SIM	SIM
3.07.04.014	Costela	SIM	SIM
3.07.04.022	Ilíaco	SIM	SIM
3.07.04.030	Osteocutâneo De Ilíaco	SIM	SIM
3.07.04.049	Osteocutâneos De Costela	SIM	SIM
3.07.04.057	Osteomusculocutâneo De Costela	SIM	SIM
3.07.04.065	Outros Transplantes Ósseos E Osteomusculocutâneos	SIM	SIM
3.07.04.073	Perônio Ou Fíbula	SIM	SIM
3.07.04.081	Transplante Ósseo Vascularizado (Microanastomose)	SIM	SIM
3.07.05.010	Autotransplante De Dois Retalhos Musculares Combinados, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo	SIM	SIM
3.07.05.029	Autotransplante De Dois Retalhos Cutâneos Combinados, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo Vascular	SIM	SIM
3.07.05.037	Autotransplante De Dois Retalhos, Um Cutâneo Combinado A Um Muscular, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo Vascular	SIM	SIM
3.07.05.045	Autotransplante De Dois Retalhos, Um Cutâneo Combinado A Retalho Osteomuscular, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo Vascular	SIM	SIM
3.07.05.053	Autotransplante De Epiplon	SIM	SIM
3.07.05.061	Autotransplante De Outros Retalhos, Isolados Entre Si, E Associados Mediante Um Único Pedículo Vascular Comuns Aos Retalhos	SIM	SIM
3.07.05.070	Autotransplante De Três Retalhos, Um Cutâneo Separado, Combinado A Outros Dois Retalhos Musculares Isolados E Associados, Ligados Por Um Único Pedículo Vascular	SIM	SIM
3.07.05.100	Reimplante De Segmentos Distais Do Membro Superior, Com Ressecção Segmentar	SIM	SIM
3.07.06.017	Reimplante Do Membro Inferior Do Nível Médio Proximal Da Perna Até A Coxa	SIM	SIM
3.07.06.025	Reimplante Do Membro Inferior Do Pé Até O Terço Médio Da Perna	SIM	SIM
3.07.06.033	Reimplante Do Membro Superior, Do Nível Médio Do Antebraço Até O Ombro	SIM	SIM
3.07.07.013	Transplante Articular De Metatarsofalângica Para A Mão	SIM	SIM
3.07.07.021	Transplante De 2º Pododáctilo Para Mão	SIM	SIM
3.07.07.030	Transplante De Dedos Do Pé Para A Mão	SIM	SIM
3.07.07.048	Transplante Do 2º Pododáctilo Para O Polegar	SIM	SIM
3.07.07.056	Transplante Do Hallux Para Polegar	SIM	SIM
3.07.07.064	Transplante De Dois Pododáctilos Para A Mão	SIM	SIM
3.07.09.016	Instalação De Halo Craniano	SIM	SIM
3.07.09.024	Tração Cutânea	SIM	SIM
3.07.09.032	Tração Transesquelética (Por Membro)	SIM	SIM
3.07.10.014	Retirada De Fios Ou Pinos Metálicos Transósseos	SIM	SIM
3.07.10.022	Retirada De Fios, Pinos, Parafusos Ou Hastes Metálicas Intra-Ósseas	SIM	SIM
3.07.10.030	Retirada De Placas	SIM	SIM
3.07.10.049	Retirada De Próteses De Substituição De Pequenas Articulações	SIM	SIM
3.07.10.057	Retirada De Fixadores Externos	SIM	SIM
3.07.10.065	Retirada De Prótese De Substituição (Grandes E Médias Articulações)	SIM	SIM

3.07.11.010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	NÃO	SIM
3.07.11.029	Imobilização De Membro Inferior	NÃO	SIM
3.07.11.037	Imobilização De Membro Superior	NÃO	SIM
3.07.12.017	Áxilo-Palmar Ou Pendente	NÃO	SIM
3.07.12.025	Bota Com Ou Sem Salto	NÃO	SIM
3.07.12.033	Colar	NÃO	SIM
3.07.12.041	Colete	NÃO	SIM
3.07.12.050	Cruro-Podálico	NÃO	SIM
3.07.12.068	Dupla Abdução Ou Ducroquet	NÃO	SIM
3.07.12.076	Halo-Gesso	NÃO	SIM
3.07.12.084	Inguino-Maleolar	NÃO	SIM
3.07.12.092	Luva	NÃO	SIM
3.07.12.106	Minerva Ou Risser Para Escoliose	NÃO	SIM
3.07.12.114	Pelvipodálico	NÃO	SIM
3.07.12.122	Spica-Gessada	NÃO	SIM
3.07.12.130	Tipo Velpeau	NÃO	SIM
3.07.12.149	Tóraco-Braquial	NÃO	SIM
3.07.13.021	Biópsia Óssea	NÃO	SIM
3.07.13.030	Biópsias Percutânea Sinovial Ou De Tecidos Moles	SIM	SIM
3.07.13.048	Enxertos Em Outras Pseudartroses	SIM	SIM
3.07.13.064	Manipulação Articular Sob Anestesia Geral	SIM	SIM
3.07.13.072	Retirada De Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.07.13.137	Punção Articular Diagnóstica Ou Terapêutica (Infiltração) - Orientada Ou Não Por Método De Imagem	SIM	SIM
3.07.13.145	Punção Extra-Articular Diagnóstica Ou Terapêutica (Infiltração/Agulhamento Seco) - Orientada Ou Não Por Método De Imagem	SIM	SIM
3.07.13.153	Artroscopia Para Diagnóstico Com Ou Sem Biópsia Sinovial	SIM	SIM
3.07.14.010	Corpo Estranho Intra-Articular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.14.028	Corpo Estranho Intra-Ósseo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.14.036	Corpo Estranho Intramuscular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.016	Artrodese Da Coluna Com Instrumentação Por Segmento	SIM	SIM
3.07.15.024	Artrodese De Coluna Via Anterior Ou Pósterio Lateral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.032	Biópsia Da Coluna	NÃO	SIM
3.07.15.040	Biópsia De Corpo Vertebral Com Agulha	SIM	SIM
3.07.15.067	Cordotomia - Mielotomia	SIM	SIM
3.07.15.075	Costela Cervical - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.083	Derivação Lombar Externa	SIM	SIM
3.07.15.091	Descompressão Medular E/Ou Cauda Equina	SIM	SIM
3.07.15.105	Dorso Curvo / Escoliose / Giba Costal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.113	Espondilolistese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.121	Fratura De Coluna Sem Gesso - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.15.130	Fratura Do Cóccix - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.15.148	Fratura Do Cóccix - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.156	Fratura E/Ou Luxação De Coluna Vertebral - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.15.164	Fraturas Ou Fratura-Luxação De Coluna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.172	Hemivértebra - Ressecção Via Anterior Ou Posterior - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.180	Hérnia De Disco Tóraco-Lombar - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.199	Laminectomia Ou Laminotomia	SIM	SIM
3.07.15.202	Microcirurgia Para Tumores Extra-Intradurais	SIM	SIM

3.07.15.210	Osteomielite De Coluna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.229	Osteotomia De Coluna Vertebral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.237	Outras Afecções Da Coluna - Tratamento Incruento	SIM	SIM
3.07.15.245	Pseudartrose De Coluna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.253	Punção Liquórica	NÃO	SIM
3.07.15.261	Retirada De Corpo Estranho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.270	Retirada De Material De Síntese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.288	Substituição De Corpo Vertebral	SIM	SIM
3.07.15.296	Tração Cervical Transesquelética	SIM	SIM
3.07.15.300	Tratamento Cirúrgico Da Cifose Infantil	SIM	SIM
3.07.15.318	Tratamento Cirúrgico Da Lesão Traumática Raquimedular	SIM	SIM
3.07.15.326	Tratamento Cirúrgico Das Malformações Craniovertebrais	SIM	SIM
3.07.15.334	Tratamento Cirúrgico Do Disrafismo Espinhal	SIM	SIM
3.07.15.342	Tratamento Conservador Do Traumatismo Raquimedular (Por Dia)	SIM	SIM
3.07.15.350	Tratamento Microcirúrgico Das Lesões Intramedulares (Tumor, Malformações Arteriovenosas, Siringomielia, Parasitoses)	SIM	SIM
3.07.15.369	Tratamento Microcirúrgico Do Canal Vertebral Estreito Por Segmento	SIM	SIM
3.07.15.385	Tumor Ósseo Vertebral - Ressecção Com Substituição Com Ou Sem Instrumentação - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.15.393	Hérnia De Disco Cervical - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.019	Artrodese Ao Nível Do Ombro - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.027	Artroplastia Escápulo Umeral Com Implante - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.035	Artrotomia Glenoumeral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.043	Biópsia Cirúrgica Da Cintura Escapular	SIM	SIM
3.07.17.051	Deformidade (Doença) Sprengel - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.060	Desarticulação Ao Nível Do Ombro - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.078	Escápula Em Ressalto - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.086	Fratura De Cintura Escapular - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.17.094	Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Redução Incruenta - Em Articulação Escápulo-Umeral E Cintura Escapular	NÃO	SIM
3.07.17.108	Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico - Em Articulação Escápulo-Umeral E Cintura Escapular	SIM	SIM
3.07.17.116	Luxações Crônicas Inveteradas E Recidivantes - Tratamento Cirúrgico - Em Articulação Escápulo-Umeral E Cintura Escapular	SIM	SIM
3.07.17.124	Osteomielite Ao Nível Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.132	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.140	Ressecção Parcial Ou Total De Clavícula - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.17.159	Revisão Cirúrgica De Prótese De Ombro	SIM	SIM
3.07.17.167	Transferências Musculares Ao Nível Do Ombro - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.015	Amputação Ao Nível Do Braço - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.023	Biópsia Cirúrgica Do Úmero	SIM	SIM
3.07.18.031	Fixador Externo Dinâmico Com Ou Sem Alongamento - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.18.058	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.066	Fratura De Úmero - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.18.074	Fraturas E Pseudartroses - Fixador Externo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.082	Osteomielite De Úmero - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.18.090	Pseudartroses, Osteotomias, Alongamentos/Encurtamentos - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.011	Artrodese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM

3.07.19.020	Artroplastia Com Implante - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.038	Artroplastias Sem Implante - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.046	Artrotomia De Cotovelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.054	Biópsia Cirúrgica De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.19.062	Desarticulação Ao Nível Do Cotovelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.070	Fratura De Cotovelo - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.19.089	Fraturas / Pseudartroses / Artroses / Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.097	Fraturas E Ou Luxações - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.19.100	Fraturas E Ou Luxações - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.119	Lesões Ligamentares - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.19.127	Tendinites, Sinovites E Artrites - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.19.135	Artrodiastase - Tratamento Cirúrgico Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.20.010	Abaixamento Miotendinoso No Antebraço	SIM	SIM
3.07.20.028	Alongamento Dos Ossos Do Antebraço Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.036	Amputação Ao Nível Do Antebraço - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.044	Biópsia Cirúrgica Do Antebraço	SIM	SIM
3.07.20.052	Contratura Isquêmica De Volkmann - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.060	Correção De Deformidade Adquirida De Antebraço Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.20.079	Encurtamento Segmentar Dos Ossos Do Antebraço Com Osteossíntese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.087	Fratura Do Antebraço - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.20.095	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.109	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.20.117	Fratura Viciosamente Consolidada De Antebraço - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.125	Osteomielite Dos Ossos Do Antebraço - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.133	Pseudartroses E Ou Osteotomias - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.141	Ressecção Da Cabeça Do Rádio E/ Ou Da Extremidade Distal Ulna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.150	Ressecção Do Processo Estilóide Do Rádio - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.168	Sinostose Rádio-Ulnar - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.20.176	Tratamento Cirúrgico De Fraturas Com Fixador Externo - Antebraço	SIM	SIM
3.07.21.016	Agenesia De Rádio (Centralização Da Ulna No Carpo)	SIM	SIM
3.07.21.024	Alongamento Do Rádio/Ulna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.032	Artrodese Entre Os Ossos Do Carpo	SIM	SIM
3.07.21.040	Artrodese - Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.21.059	Artrodese Rádio-Cárpica Ou Do Punho	SIM	SIM
3.07.21.067	Artroplastia Do Punho (Com Implante) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.075	Artroplastia Para Ossos Do Carpo (Com Implante) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.083	Artrotomia - Tratamento Cirúrgico - Punho	SIM	SIM
3.07.21.091	Biópsia Cirúrgica De Punho	SIM	SIM
3.07.21.105	Coto De Amputação Punho E Antebraço - Revisão	SIM	SIM
3.07.21.113	Desarticulação Do Punho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.121	Encurtamento Rádio/Ulnar	SIM	SIM
3.07.21.130	Fratura De Punho - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.21.148	Fratura De Osso Do Carpo - Redução Cirúrgica	SIM	SIM
3.07.21.156	Fratura Do Carpo - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.21.164	Fraturas - Fixador Externo	SIM	SIM

3.07.21.172	Fraturas Do Carpo - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.21.180	Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.21.199	Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.202	Luxação Do Carpo - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.21.210	Pseudartroses - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.229	Ressecção De Osso Do Carpo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.237	Reparação Ligamentar Do Carpo	SIM	SIM
3.07.21.245	Sinovectomia De Punho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.21.253	Transposição Do Rádio Para Ulna	SIM	SIM
3.07.22.012	Abscesso De Mão E Dedos - Tenossinovites / Espaços Palmares / Dorsais E Comissurais - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.039	Abscessos De Dedo (Drenagem) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.047	Alongamento/Transporte Óseo Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.22.055	Alongamentos Tendinosos De Mão	SIM	SIM
3.07.22.063	Amputação Ao Nível Dos Metacarpianos - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.071	Amputação De Dedo (Cada) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.080	Amputação Transmetacarpiana	SIM	SIM
3.07.22.098	Amputação Transmetacarpiana Com Transposição De Dedo	SIM	SIM
3.07.22.101	Aponevrose Palmar (Ressecção) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.110	Artrodese Interfalangeana / Metacarpofalangeana - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.128	Artroplastia Com Implante Na Mão (Mf E If) Múltipla	SIM	SIM
3.07.22.136	Artroplastia Com Implante Na Mão (Mf Ou If)	SIM	SIM
3.07.22.144	Artroplastia Interfalangeana / Metacarpofalangeana - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.152	Artrotomia Ao Nível Da Mão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.160	Biópsia Cirúrgica Dos Ossos Da Mão	SIM	SIM
3.07.22.179	Bridas Congênitas - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.209	Capsulectomias Múltiplas Mf Ou If	SIM	SIM
3.07.22.217	Capsulectomias Única Mf E If	SIM	SIM
3.07.22.225	Centralização Da Ulna (Tratamento Da Mão Torta Radial)	SIM	SIM
3.07.22.233	Contratura Isquêmica De Mão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.241	Coto De Amputação Digital - Revisão	SIM	SIM
3.07.22.250	Dedo Colo De Cisne - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.268	Dedo Em Botoeira - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.276	Dedo Em Gatilho, Capsulotomia / Fasciotomia - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.284	Dedo Em Martelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.292	Dedo Em Martelo - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.22.306	Enxerto Óseo (Perda De Substância) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.314	Exploração Cirúrgica De Tendão De Mão	SIM	SIM
3.07.22.322	Falangização	SIM	SIM
3.07.22.330	Fixador Externo Em Cirurgia Da Mão	SIM	SIM
3.07.22.349	Fratura De Falanges - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.22.357	Fratura De Bennett - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.365	Fratura De Bennett - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.373	Fratura De Osso Da Mão - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.22.381	Fratura De Metacarpiano - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.22.390	Fratura/Artrodese Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.22.403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.411	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Tratamento Cirúrgico Com Fixação	SIM	SIM

3.07.22.420	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.438	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.446	Fraturas E/Ou Luxações De Metacarpianos - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.454	Gigantismo Ao Nível Da Mão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.462	Lesões Ligamentares Agudas Da Mão - Reparação Cirúrgica	SIM	SIM
3.07.22.470	Lesões Ligamentares Crônicas Da Mão - Reparação Cirúrgica	SIM	SIM
3.07.22.489	Ligamentoplastia Com Âncora	SIM	SIM
3.07.22.497	Luxação Metacarpofalangeana - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.500	Luxação Metacarpofalangeana - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.519	Osteomielite Ao Nível Da Mão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.527	Osteossíntese De Fratura De Falange E Metacarpeana Com Fixação Externa	SIM	SIM
3.07.22.535	Osteossíntese De Fratura De Falange E Metacarpeana Com Uso De Miniparafuso	SIM	SIM
3.07.22.543	Perda De Substância Da Mão (Reparação) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.551	Plástica Ungueal	SIM	SIM
3.07.22.560	Policização Ou Transferência Digital	SIM	SIM
3.07.22.578	Polidactilia Articulada - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.586	Polidactilia Não Articulada - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.594	Prótese (Implante) Para Ossos Do Carpo	SIM	SIM
3.07.22.608	Pseudartrose Com Perda De Substâncias De Metacarpiano E Falanges	SIM	SIM
3.07.22.616	Pseudartrose Do Escafóide - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.624	Pseudartrose Dos Ossos Da Mão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.632	Reconstrução Da Falange Com Retalho Homodigital	SIM	SIM
3.07.22.640	Reconstrução De Leito Ungueal	SIM	SIM
3.07.22.659	Reconstrução Do Polegar Com Retalho Ilhado Osteocutâneo Antebraquial	SIM	SIM
3.07.22.667	Reimplante De Dois Dedos Da Mão	SIM	SIM
3.07.22.675	Reimplante Do Membro Superior Nível Transmetacarpiano Até O Terço Distal Do Antebraço	SIM	SIM
3.07.22.683	Reimplante Do Polegar	SIM	SIM
3.07.22.691	Reparações Cutâneas Com Retalho Ilhado Antebraquial Invertido	SIM	SIM
3.07.22.705	Ressecção 1ª Fileira Dos Ossos Do Carpo	SIM	SIM
3.07.22.713	Ressecção De Cisto Sinovial	SIM	SIM
3.07.22.721	Retração Cicatricial De Mais De Um Dedo, Sem Comprometimento Tendinoso - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.730	Retração Cicatricial De Um Dedo Sem Comprometimento Tendinoso - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.748	Retração Cicatricial Dos Dedos Com Lesão Tendínea - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.756	Revascularização Do Polegar Ou Outro Dedo	SIM	SIM
3.07.22.764	Roturas Do Aparelho Extensor De Dedo - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.22.772	Roturas Tendino-Ligamentares Da Mão (Mais Que 1) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.780	Sequestrectomias	SIM	SIM
3.07.22.799	Sindactilia De 2 DígitoS - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.802	Sindactilia Múltipla - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.810	Sinovectomia Da Mão (1 Articulação)	SIM	SIM
3.07.22.829	Sinovectomia Da Mão (Múltiplas)	SIM	SIM
3.07.22.845	Transposição De Dedo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.22.853	Tratamento Cirúrgico Da Polidactilia Múltipla E/Ou Complexa	SIM	SIM
3.07.22.861	Tratamento Cirúrgico Da Sindactilia Múltipla Com Emprego De Expansor - Por Estágio	SIM	SIM
3.07.22.870	Tratamento Da Doença De Kiemback Com Transplante Vascularizado	SIM	SIM

3.07.22.888	Tratamento Da Pseudoartrose Do Escafóide Com Transplante Ósseo Vascularizado E Fixação Com Micro Parafuso	SIM	SIM
3.07.22.918	Rotura Do Aparelho Extensor Do Dedo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.23.019	Biópsia Cirúrgica De Cintura Pélvica	SIM	SIM
3.07.23.027	Desarticulação Interílio Abdominal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.23.035	Fratura Da Cintura Pélvica - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.23.043	Fratura/Luxação Com Fixador Externo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.23.051	Fraturas E/Ou Luxações Do Anel Pélvico [Com Uma Ou Mais Abordagens] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.23.060	Fraturas E/Ou Luxações Do Anel Pélvico - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.23.078	Osteomielite Ao Nível Da Pelve - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.23.086	Osteotomias / Artrodeses - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.015	Artrite Séptica - Tratamento Cirúrgico - Articulação Coxo-Femoral	SIM	SIM
3.07.24.023	Artrodese / Fratura De Acetábulo [Ligamentotaxia] Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.24.031	Artrodese Coxo-Femoral Em Geral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.040	Artrodiastase De Quadril	SIM	SIM
3.07.24.058	Artroplastia [Qualquer Técnica Ou Versão De Quadril] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.066	Artroplastia De Quadril Infectada [Retirada Dos Componentes] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.074	Artroplastia De Ressecção Do Quadril [Girdlestone] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.082	Artroplastia Parcial Do Quadril [Tipo Thompson Ou Qualquer Técnica] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.090	Artrotomia De Quadril Infectada [Incisão E Drenagem De Artrite Séptica] Sem Retirada De Componente - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.104	Artrotomia Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.112	Biópsia Cirúrgica Coxo-Femoral	SIM	SIM
3.07.24.120	Desarticulação Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.139	Epifisiodesse Com Abaixamento Do Grande Trocanter - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.147	Epifisiolistese Proximal De Fêmur [Fixação In Situ] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.155	Fratura De Acetábulo [Com Uma Ou Mais Abordagens] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.163	Fratura De Acetábulo - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.24.171	Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxo-Femoral - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.24.180	Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.198	Luxação Congênita De Quadril [Redução Cirúrgica E Osteotomia] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.201	Luxação Congênita De Quadril [Redução Cirúrgica Simples] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.210	Luxação Congênita De Quadril [Redução Incruenta Com Ou Sem Tenotomia De Adutores]	NÃO	SIM
3.07.24.228	Osteotomia - Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.24.236	Osteotomias Ao Nível Do Colo Ou Região Trocanteriana [Sugioka, Martin, Bombelli Etc] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.244	Osteotomias Supra-Acetabulares [Chiari, Pemberton, Dial, Etc] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.24.252	Punção-Biópsia Coxo-Femoral-Artrocentese	SIM	SIM
3.07.24.260	Reconstrução De Quadril Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.24.279	Revisão De Artroplastias De Quadril Com Retirada De Componentes E Implante De Prótese	SIM	SIM
3.07.24.287	Tratamento De Necrose Avascular Por Foragem De Estaqueamento Associada À Necrose Microcirúrgica Da Cabeça Femoral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.011	Alongamento / Transporte Ósseo / Pseudoartrose Com Fixador Externo - Coxa/ Fêmur	SIM	SIM
3.07.25.020	Alongamento De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.038	Amputação Ao Nível Da Coxa - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM

3.07.25.046	Biópsia Cirúrgica De Fêmur	SIM	SIM
3.07.25.054	Correção De Deformidade Adquirida De Fêmur Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.25.062	Descolamento Epifisário (Traumático Ou Não) - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.25.070	Descolamento Epifisário (Traumático Ou Não) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.089	Encurtamento De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.097	Epifisiodesse (Por Segmento) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.100	Fratura De Fêmur - Tratamento Conservador Com Gesso	NÃO	SIM
3.07.25.119	Fraturas De Fêmur - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.25.127	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.135	Fraturas, Pseudartroses, Correção De Deformidades E Alongamentos Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.143	Osteomielite De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.151	Pseudartroses E/Ou Osteotomias - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.25.160	Tratamento Cirúrgico De Fraturas Com Fixador Externo - Coxa/Fêmur	SIM	SIM
3.07.26.018	Artrite Séptica - Tratamento Cirúrgico - Joelho	SIM	SIM
3.07.26.026	Artrodese De Joelho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.034	Artroplastia Total De Joelho Com Implantes - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.042	Artrotomia - Tratamento Cirúrgico - Joelho	SIM	SIM
3.07.26.050	Biópsia Cirúrgica De Joelho	SIM	SIM
3.07.26.069	Desarticulação De Joelho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.077	Epifisites E Tendinites - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.085	Fratura De Joelho - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.26.093	Fratura E/Ou Luxação De Patela (Inclusive Osteocondral) - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.26.107	Fratura E/Ou Luxação De Patela - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.115	Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.26.123	Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.131	Lesão Aguda De Ligamento Colateral, Associada A Ligamento Cruzado E Menisco - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.140	Lesões Agudas E/Ou Luxações De Meniscos (1 Ou Ambos) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.158	Lesões Complexas De Joelho (Fratura Com Lesão Ligamentar E Meniscal) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.166	Lesões Intrínsecas De Joelho (Lesões Condrais, Osteocondrite Dissecante, Plica Patológica, Corpos Livres, Artrofitose) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.174	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento	NÃO	SIM
3.07.26.182	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.190	Lesões Ligamentares Periféricas Crônicas - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.204	Liberação Lateral E Facectomias - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.212	Meniscorerafia - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.220	Osteotomias Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.239	Realinhamentos Do Aparelho Extensor - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.247	Reconstruções Ligamentares Do Pivot Central - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.255	Revisões De Artroplastia Total - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.263	Revisões De Realinhamentos Do Aparelho Extensor - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.271	Revisões De Reconstruções Intra-Articulares - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.280	Toaleta Cirúrgica - Correção De Joelho Flexo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.26.301	Tratamento Cirúrgico De Luxações / Artrodese / Contraturas Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.27.014	Alongamento / Transporte Ósseo / Pseudoartrose Com Fixador Externo - Perna	SIM	SIM
3.07.27.022	Alongamento Com Fixador Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.030	Alongamento Dos Ossos Da Perna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM

3.07.27.049	Amputação De Perna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.057	Biópsia Cirúrgica De Tíbia Ou Fíbula	SIM	SIM
3.07.27.065	Correção De Deformidade Adquirida De Tíbia Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.27.073	Correção De Deformidades Congênitas Na Perna Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.27.081	Encurtamento Dos Ossos Da Perna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.090	Epifisiodesse De Tíbia/Fíbula - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.103	Fratura De Osso Da Perna - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.27.111	Fraturas De Fíbula [Inclui O Descolamento Epifisário] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.120	Fraturas De Fíbula [Inclui Descolamento Epifisário] - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.27.138	Fraturas De Tíbia Associada Ou Não A Fíbula [Inclui Descolamento Epifisário] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.146	Fraturas De Tíbia E Fíbula [Inclui Descolamento Epifisário] - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.27.154	Osteomielite Dos Ossos Da Perna - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.162	Osteotomias E/Ou Pseudartroses - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.170	Transposição De Fíbula/Tíbia - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.27.189	Tratamento Cirúrgico De Fraturas De Tíbia Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.28.010	Amputação Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.029	Artrite Ou Osteoartrite - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.037	Artrodese [Com Ou Sem Alongamento Simultâneo] Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.28.045	Artrodese Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.053	Artroplastia De Tornozelo [Com Implante] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.061	Artrorrise Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.070	Artrotomia De Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.088	Biópsia Cirúrgica Do Tornozelo	SIM	SIM
3.07.28.096	Fratura De Tornozelo - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.28.100	Fraturas / Pseudartroses / Artroses Ao Nível Do Tornozelo Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.118	Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Tornozelo - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.28.126	Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	NÃO	SIM
3.07.28.142	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.150	Lesões Ligamentares Crônicas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.169	Osteocondrite De Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.28.177	Pseudartroses Ou Osteotomias Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.017	Amputação Ao Nível Do Pé - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.025	Amputação/Desarticulação De Pododáctilos [Por Segmento] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.033	Artrite Ou Osteoartrite Dos Ossos Do Pé [Inclui Osteomielite] - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.041	Artrodese De Tarso E/Ou Médio Pé - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.050	Artrodese Metatarso - Falângica Ou Interfalângica - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.068	Biópsia Cirúrgica Dos Ossos Do Pé	SIM	SIM
3.07.29.084	Correção De Deformidades Do Pé Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.092	Correção De Pé Torto Congênito Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.29.106	Deformidade Dos Dedos - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.114	Exérese Ungueal	NÃO	SIM
3.07.29.122	Fasciotomia Ou Ressecção De Fascia Plantar - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.130	Fratura De Osso Do Pé - Tratamento Conservador	NÃO	SIM
3.07.29.149	Fratura E/Ou Luxações Do Pé [Exceto Antepé] - Redução Incruenta	NÃO	SIM

3.07.29.157	Fratura E/Ou Luxações Do Pé (Exceto Antepé) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.165	Fraturas E/Ou Luxações Do Antepé - Redução Incruenta	NÃO	SIM
3.07.29.173	Fraturas E/Ou Luxações Do Antepé - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.181	Hallux Valgus (Um Pé) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.190	Osteotomia Ou Pseudartrose Do Tarso E Médio Pé - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.203	Osteotomia Ou Pseudartrose Dos Metatarsos/Falanges - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.211	Osteotomias / Fraturas Com Fixador Externo	SIM	SIM
3.07.29.220	Pé Plano/Pé Cavo/Coalisão Tarsal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.238	Pé Torto Congênito (Um Pé) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.246	Ressecção De Osso Do Pé - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.254	Retração Cicatricial Dos Dedos	SIM	SIM
3.07.29.262	Rotura Do Tendão De Aquiles - Tratamento Incruento	NÃO	SIM
3.07.29.270	Rotura Do Tendão De Aquiles - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.29.289	Tratamento Cirúrgico Da Sindactilia Complexa E /Ou Múltipla	SIM	SIM
3.07.29.297	Tratamento Cirúrgico Da Sindactilia Simples	SIM	SIM
3.07.29.300	Tratamento Cirúrgico De Gigantismo	SIM	SIM
3.07.29.319	Tratamento Cirúrgico De Linfedema Ao Nível Do Pé	SIM	SIM
3.07.29.327	Tratamento Cirúrgico De Polidactilia Múltipla E/Ou Complexa	SIM	SIM
3.07.29.335	Tratamento Cirúrgico De Polidactilia Simples	SIM	SIM
3.07.29.343	Tratamento Cirúrgico Do Mal Perfurante Plantar	SIM	SIM
3.07.30.015	Alongamento	SIM	SIM
3.07.30.023	Biópsia De Músculo	NÃO	SIM
3.07.30.031	Desbridamento Cirúrgico De Feridas Ou Extremidades	SIM	SIM
3.07.30.040	Desinserção Ou Miotomia	SIM	SIM
3.07.30.058	Dissecção Muscular	SIM	SIM
3.07.30.066	Drenagem Cirúrgica Do Psoas	SIM	SIM
3.07.30.074	Fasciotomia	SIM	SIM
3.07.30.082	Fasciotomia - Por Compartimento	SIM	SIM
3.07.30.090	Fasciotomias (Descompressivas)	SIM	SIM
3.07.30.104	Fasciotomias Acima Do Punho	SIM	SIM
3.07.30.112	Miorrafias	SIM	SIM
3.07.30.155	Transposição Muscular	SIM	SIM
3.07.30.171	Lesões Músculo Tendinosas - Tratamento Incruento	SIM	SIM
3.07.31.011	Abertura De Bainha Tendinosa - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.020	Biópsias Cirúrgicas De Tendões, Bursas E Sinóvias	SIM	SIM
3.07.31.038	Bursectomia - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.046	Cisto Sinovial - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.054	Encurtamento De Tendão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.062	Sinovectomia - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.070	Tenoartroplastia Para Ossos Do Carpo	SIM	SIM
3.07.31.089	Tenodese	SIM	SIM
3.07.31.097	Tenólise No Túnel Osteofibroso	SIM	SIM
3.07.31.100	Tenólise/Tendonese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.119	Tenoplastia / Enxerto De Tendão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.127	Tenoplastia De Tendão Em Outras Regiões	SIM	SIM
3.07.31.135	Tenorrafia Múltipla Em Outras Regiões	SIM	SIM
3.07.31.143	Tenorrafia No Túnel Osteofibroso - Mais De 2 Dígitos	SIM	SIM
3.07.31.151	Tenorrafia No Túnel Osteofibroso Até 2 Dígitos	SIM	SIM

3.07.31.160	Tenorrafia Única Em Outras Regiões	SIM	SIM
3.07.31.178	Tenossinovectomia De Mão Ou Punho	SIM	SIM
3.07.31.186	Tenossinovites Estenosantes - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.194	Tenossinovites Infecciosas - Drenagem	SIM	SIM
3.07.31.208	Tenotomia	SIM	SIM
3.07.31.216	Transposição De Mais De 1 Tendão - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.224	Transposição Única De Tendão	SIM	SIM
3.07.31.232	Tumores De Tendão Ou Sinovial - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.07.31.240	Alongamento De Tendões - Tratamento Cruento	SIM	SIM
3.07.32.018	Curetagem Ou Ressecção Em Bloco De Tumor Com Reconstrução E Enxerto Vascularizado	SIM	SIM
3.07.32.026	Enxerto Ósseo	SIM	SIM
3.07.32.034	Ressecção Da Lesão Com Cimentação E Osteosíntese	SIM	SIM
3.07.32.042	Revisão De Endoprótese	SIM	SIM
3.07.32.085	Tumor Ósseo [Ressecção Com Substituição]	SIM	SIM
3.07.32.093	Tumor Ósseo [Ressecção E Artrodese]	SIM	SIM
3.07.32.107	Tumor Ósseo [Ressecção E Cimento]	SIM	SIM
3.07.32.115	Tumor Ósseo [Ressecção E Enxerto]	SIM	SIM
3.07.32.123	Tumor Ósseo [Ressecção Segmentar]	SIM	SIM
3.07.32.131	Tumor Ósseo [Ressecção Simples]	SIM	SIM
3.07.33.014	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.022	Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.030	Condroplastia [Com Remoção De Corpos Livres] - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.049	Osteocondroplastia - Estabilização, Ressecção E/Ou Plastia # - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.057	Meniscectomia - Um Menisco - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.065	Reparo Ou Sutura De Um Menisco - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.073	Reconstrução, Retencionamento Ou Reforço Do Ligamento Cruzado Anterior Ou Posterior # - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.081	Fratura Com Redução E/Ou Estabilização Da Superfície Articular - Um Compartimento # - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.090	Tratamento Cirúrgico Da Artrofibrose # - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.33.103	Instabilidade Femoro-Patelar, Release Lateral Da Patela, Retencionamento, Reforço Ou Reconstrução Do Ligamento Patelo-Femoral Medial # - Procedimento Videoartroscópico De Joelho	SIM	SIM
3.07.34.010	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.34.029	Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.34.037	Condroplastia [Com Remoção De Corpos Livres] - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.34.045	Osteocondroplastia - Estabilização, Ressecção E Ou Plastia [Enxertia] # - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.34.053	Reconstrução, Retencionamento Ou Reforço De Ligamento - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.34.061	Fraturas - Redução E Estabilização De Cada Superfície - Procedimento Videoartroscópico De Tornozelo	SIM	SIM
3.07.35.017	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.025	Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.033	Acromioplastia - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.041	Lesão Labral - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.050	Luxação Gleno-Umeral - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.068	Ruptura Do Manguito Rotador - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM

3.07.35.076	Instabilidade Multidirecional - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.084	Ressecção Lateral Da Clavícula - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.35.092	Tenotomia Da Porção Longa Do Biceps - Procedimento Videoartroscópico De Ombro	SIM	SIM
3.07.36.013	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.36.021	Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.36.030	Condroplastia [Com Remoção De Corpos Livres] - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.36.048	Osteocondroplastia - Estabilização, Ressecção E/Ou Plastia [Enxertia] # - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.36.056	Reconstrução, Retencionamento Ou Reforço De Ligamento # - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.36.064	Fraturas: Redução E Estabilização Para Cada Superfície - Procedimento Videoartroscópico De Cotovelo	SIM	SIM
3.07.37.010	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.028	Sinovectomia Parcial Ou Subtotal - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.036	Condroplastia [Com Remoção De Corpos Livres] - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.044	Osteocondroplastia - Estabilização, Ressecção E/Ou Plastia [Enxertia] - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.052	Reconstrução, Retencionamento Ou Reforço De Ligamento Ou Reparo De Cartilagem Triangular # - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.060	Fraturas - Redução E Estabilização De Cada Superfície - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.37.079	Túnel Do Carpo - Descompressão - Procedimento Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo	SIM	SIM
3.07.38.016	Sinovectomia Total - Procedimento Videoartroscópico De Coxofemoral	SIM	SIM
3.07.38.024	Sinovectomia Parcial E/Ou Remoção De Corpos Livres - Procedimento Videoartroscópico De Coxofemoral	SIM	SIM
3.07.38.032	Desbridamento Do Labrum Ou Ligamento Redondo Com Ou Sem Condroplastia - Procedimento Videoartroscópico De Coxofemoral	SIM	SIM
3.07.38.040	Tratamento Do Impacto Femoro-Acetabular - Procedimento Videoartroscópico De Coxofemoral	SIM	SIM
3.07.38.059	Condroplastia Com Sutura Labral - Procedimento Videoartroscópico De Coxofemoral	SIM	SIM
3.08.01.010	Colocação De Órtese Traqueal, Traqueobrônquica Ou Brônquica, Por Via Endoscópica [Tubo De Silicone Ou Metálico]	SIM	SIM
3.08.01.028	Colocação De Prótese Traqueal Ou Traqueobrônquica [Qualquer Via]	SIM	SIM
3.08.01.036	Fechamento De Fístula Tráqueo-Cutânea	SIM	SIM
3.08.01.044	Punção Traqueal	SIM	SIM
3.08.01.052	Ressecção Carinal [Traqueobrônquica]	SIM	SIM
3.08.01.060	Ressecção De Tumor Traqueal	SIM	SIM
3.08.01.079	Traqueoplastia [Qualquer Via]	SIM	SIM
3.08.01.087	Traqueorráfia [Qualquer Via]	SIM	SIM
3.08.01.109	Traqueostomia Com Colocação De Órtese Traqueal Ou Traqueobrônquica Por Via Cervical	SIM	SIM
3.08.01.117	Traqueostomia Mediastinal	SIM	SIM
3.08.01.133	Plastia De Traqueostoma	SIM	SIM
3.08.01.141	Traqueotomia Ou Fechamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.08.01.150	Troca De Prótese Tráqueo-Esofágica	SIM	SIM
3.08.01.168	Ressecção De Tumor Traqueal Por Videotoracoscopia	SIM	SIM
3.08.01.176	Traqueorráfia Por Videotoracoscopia	SIM	SIM
3.08.02.016	Broncoplastia E/Ou Arterioplastia	SIM	SIM

3.08.02.024	Broncotomia E/Ou Broncorrafia	SIM	SIM
3.08.02.032	Colocação De Molde Brônquico Por Toracotomia	SIM	SIM
3.08.02.040	Broncoplastia E/Ou Arterioplastia Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.02.059	Broncotomia E/Ou Broncorrafia Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.03.012	Bulectomia Unilateral	SIM	SIM
3.08.03.020	Cirurgia Redutora Do Volume Pulmonar Unilateral [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.08.03.039	Cisto Pulmonar Congênito - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.08.03.047	Correção De Fístula Bronco-Pleural [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.08.03.055	Drenagem Tubular Aberta De Cavidade Pulmonar	SIM	SIM
3.08.03.063	Embolectomia Pulmonar	SIM	SIM
3.08.03.071	Lobectomia Por Malformação Pulmonar	SIM	SIM
3.08.03.080	Lobectomia Pulmonar	SIM	SIM
3.08.03.098	Metastasectomia Pulmonar Unilateral [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.08.03.101	Pneumonectomia	SIM	SIM
3.08.03.110	Pneumonectomia De Totalização	SIM	SIM
3.08.03.128	Pneumorrafia	SIM	SIM
3.08.03.136	Pneumostomia [Cavernostomia] Com Costectomia E Estoma Cutâneo-Cavitário	SIM	SIM
3.08.03.144	Posicionamento De Agulhas Radiativas Por Toracotomia [Braquiterapia]	SIM	SIM
3.08.03.152	Segmentectomia [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.08.03.160	Tromboendarterectomia Pulmonar	SIM	SIM
3.08.03.179	Bulectomia Unilateral Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.03.209	Drenagem Tubular Aberta De Cavidade Pulmonar Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.03.217	Lobectomia Pulmonar Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.03.225	Metastasectomia Pulmonar Unilateral Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.03.233	Segmentectomia Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.04.019	Biópsia Percutânea De Pleura Por Agulha	SIM	SIM
3.08.04.027	Descorticação Pulmonar	SIM	SIM
3.08.04.035	Pleurectomia	SIM	SIM
3.08.04.043	Pleurodese [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.08.04.051	Pleuroscopia	SIM	SIM
3.08.04.060	Pleurostomia [Aberta]	SIM	SIM
3.08.04.086	Punção Pleural	NÃO	SIM
3.08.04.094	Repleção De Cavidade Pleural Com Solução De Antibiótico Para Tratamento De Empiema	SIM	SIM
3.08.04.108	Ressecção De Tumor Da Pleura Localizado	SIM	SIM
3.08.04.116	Retirada De Dreno Tubular Torácico [Colocado Em Outro Serviço]	SIM	SIM
3.08.04.124	Tenda Pleural	SIM	SIM
3.08.04.132	Toracostomia Com Drenagem Pleural Fechada	SIM	SIM
3.08.04.140	Tratamento Operatório Da Hemorragia Intrapleural	SIM	SIM
3.08.04.159	Descorticação Pulmonar Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.04.167	Pleurectomia Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.08.04.175	Pleurodese Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.04.183	Pleuroscopia Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.04.191	Ressecção De Tumor Da Pleura Localizado Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.04.205	Tenda Pleural Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.04.213	Tratamento Operatório Da Hemorragia Intrapleural Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.015	Ressecção De Bócio Intratorácico	SIM	SIM
3.08.05.023	Biópsia De Linfonodos Pré-Escalênicos Ou Do Confluente Venoso	SIM	SIM

3.08.05.031	Biópsia De Tumor Do Mediastino (Qualquer Via)	SIM	SIM
3.08.05.040	Cisto Ou Duplicação Brônquica Ou Esofágica - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.08.05.074	Ligadura De Artérias Brônquicas Por Toracotomia Para Controle De Hemoptise	SIM	SIM
3.08.05.082	Ligadura De Ducto-Torácico (Qualquer Via)	SIM	SIM
3.08.05.090	Linfadenectomia Mediastinal	SIM	SIM
3.08.05.104	Mediastinoscopia, Via Cervical	SIM	SIM
3.08.05.112	Mediastinotomia (Via Paraesternal, Transesternal, Cervical)	SIM	SIM
3.08.05.120	Mediastinotomia Extrapleural Por Via Posterior	SIM	SIM
3.08.05.139	Pericardiotomia Com Abertura Pleuro-Pericárdica (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.08.05.147	Ressecção De Tumor De Mediastino	SIM	SIM
3.08.05.155	Timectomia (Qualquer Via)	SIM	SIM
3.08.05.163	Tratamento Da Mediastinite (Qualquer Via)	SIM	SIM
3.08.05.171	Vagotomia Truncular Terapêutica Por Toracotomia	SIM	SIM
3.08.05.180	Biópsia De Tumor Do Mediastino Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.198	Cisto Ou Duplicação Brônquica Ou Esofágica # Tratamento Cirúrgico Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.228	Linfadenectomia Mediastinal Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.236	Mediastinoscopia, Via Cervical Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.244	Mediastinotomia Extrapleural Por Via Posterior Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.252	Pericardiotomia Com Abertura Pleuro-Pericárdica Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.260	Ressecção De Tumor De Mediastino Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.279	Timectomia Por Vídeo	SIM	SIM
3.08.05.295	Retirada De Corpo Estranho Do Mediastino	SIM	SIM
3.08.06.011	Abscesso Subfrênico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.08.06.020	Eventração Diafragmática - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.08.06.038	Hérnia Diafragmática - Tratamento Cirúrgico (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.09.01.014	Ampliação (Anel Valvar, Grandes Vasos, Átrio, Ventrículo)	SIM	SIM
3.09.01.022	Canal Arterial Persistente - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.09.01.030	Coarctação Da Aorta - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.09.01.049	Confecção De Bandagem Da Artéria Pulmonar	SIM	SIM
3.09.01.057	Correção Cirúrgica Da Comunicação Interatrial	SIM	SIM
3.09.01.065	Correção Cirúrgica Da Comunicação Interventricular	SIM	SIM
3.09.01.073	Correção De Cardiopatia Congênita + Cirurgia Valvar	SIM	SIM
3.09.01.081	Correção De Cardiopatia Congênita + Revascularização Do Miocárdio	SIM	SIM
3.09.01.090	Redirecionamento Do Fluxo Sanguíneo (Com Anastomose Direta, Retalho, Tubo) - Em Defeitos Cardíacos Congenitos	SIM	SIM
3.09.01.103	Ressecção (Infundíbulo, Septo, Membranas, Bandas) - Em Defeitos Cardíacos Congenitos	SIM	SIM
3.09.01.111	Transposições (Vasos, Câmaras) - Em Defeitos Cardíacos Congenitos	SIM	SIM
3.09.02.010	Ampliação Do Anel Valvar	SIM	SIM
3.09.02.029	Cirurgia Multivalvar	SIM	SIM
3.09.02.037	Comissurotomia Valvar	SIM	SIM
3.09.02.045	Plastia Valvar	SIM	SIM
3.09.02.053	Troca Valvar	SIM	SIM
3.09.03.017	Aneurismectomia De Ve	SIM	SIM
3.09.03.025	Revascularização Do Miocárdio	SIM	SIM
3.09.03.033	Revascularização Do Miocárdio + Cirurgia Valvar	SIM	SIM
3.09.03.041	Ventriculectomia Parcial - Em Coronariopatias	SIM	SIM
3.09.04.013	Cárdio-Estimulação Transesofágica (Cete), Terapêutica Ou Diagnóstica	SIM	SIM
3.09.04.021	Implante De Desfibrilador Interno, Placas E Eletrodos	SIM	SIM

3.09.04.064	Implante De Estimulador Cardíaco Artificial Multissítio	SIM	SIM
3.09.04.080	Instalação De Marca-Passo Epimiocárdio Temporário	SIM	SIM
3.09.04.099	Implante De Marca-Passo Temporário À Beira Do Leito	SIM	SIM
3.09.04.102	Recolocação De Eletrodo / Gerador Com Ou Sem Troca De Unidades	SIM	SIM
3.09.04.110	Retirada Do Sistema [Não Aplicável Na Troca Do Gerador]	SIM	SIM
3.09.04.129	Troca De Gerador	SIM	SIM
3.09.04.137	Implante De Marca-Passo Monocameral [Gerador + Eletrodo Atrial Ou Ventricular]	SIM	SIM
3.09.04.145	Implante De Marca-Passo Bicameral [Gerador + Eletrodo Atrial E Ventricular]	SIM	SIM
3.09.04.153	Remoção De Cabo-Eletrodo De Marcapasso E/Ou Cârdio-Desfibrilador Implantável Com Auxílio De Dilatador Mecânico, Laser Ou Radiofrequência	SIM	SIM
3.09.05.010	Colocação De Balão Intra-Aórtico	SIM	SIM
3.09.05.028	Colocação De Stent Na Aorta Sem Cec	SIM	SIM
3.09.05.036	Instalação Do Circuito De Circulação Extracorpórea Convencional	SIM	SIM
3.09.05.044	Instalação Do Circuito De Circulação Extracorpórea Em Crianças De Baixo Peso [10 Kg]	SIM	SIM
3.09.05.052	Derivação Cavo-Atrial	SIM	SIM
3.09.05.060	Perfusionista - Em Procedimentos Cardíacos	SIM	SIM
3.09.06.016	Aneurisma De Aorta Abdominal Infra-Renal	SIM	SIM
3.09.06.024	Aneurisma De Aorta Abdominal Supra-Renal	SIM	SIM
3.09.06.032	Aneurisma De Aorta-Torácica	SIM	SIM
3.09.06.040	Aneurisma De Artérias Viscerais	SIM	SIM
3.09.06.059	Aneurisma De Axilar, Femoral, Poplítea	SIM	SIM
3.09.06.067	Aneurisma De Carótida, Subclávia, Ilíaca	SIM	SIM
3.09.06.075	Aneurismas - Outros	SIM	SIM
3.09.06.083	Aneurismas Torácicos Ou Tóraco-Abdominais	SIM	SIM
3.09.06.113	Angioplastia Transluminal Transoperatória - Por Artéria	SIM	SIM
3.09.06.121	Artéria Hipogástrica - Unilateral - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.09.06.130	Artéria Mesentérica Inferior - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.09.06.148	Artéria Mesentérica Superior - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.09.06.156	Artéria Renal Bilateral Revascularização	SIM	SIM
3.09.06.164	Cateterismo Da Artéria Radial - Para Pam	SIM	SIM
3.09.06.172	Correção Das Dissecções Da Aorta	SIM	SIM
3.09.06.180	Endarterectomia Aorto-Ilíaca	SIM	SIM
3.09.06.199	Endarterectomia Carotídea - Cada Segmento Arterial Tratado	SIM	SIM
3.09.06.202	Endarterectomia Ilíaco-Femoral	SIM	SIM
3.09.06.210	Ligadura De Carótida Ou Ramos	SIM	SIM
3.09.06.229	Ponte Aorto-Bifemoral	SIM	SIM
3.09.06.237	Ponte Aorto-Biilíaca	SIM	SIM
3.09.06.245	Ponte Aorto-Femoral - Unilateral	SIM	SIM
3.09.06.253	Ponte Aorto-Ilíaca - Unilateral	SIM	SIM
3.09.06.261	Ponte Axilo-Bifemoral	SIM	SIM
3.09.06.270	Ponte Axilo-Femoral	SIM	SIM
3.09.06.288	Ponte Distal	SIM	SIM
3.09.06.296	Ponte Fêmoro Poplítea Proximal	SIM	SIM
3.09.06.300	Ponte Fêmoro-Femoral Cruzada	SIM	SIM
3.09.06.318	Ponte Fêmoro-Femoral Ipsilateral	SIM	SIM
3.09.06.326	Ponte Subclávio Bifemoral	SIM	SIM
3.09.06.334	Ponte Subclávio Femoral	SIM	SIM

3.09.06.342	Pontes Aorto-Cervicais Ou Endarterectomias Dos Troncos Supra-Aórticos	SIM	SIM
3.09.06.350	Pontes Transcervicais - Qualquer Tipo	SIM	SIM
3.09.06.377	Preparo De Veia Autóloga Para Remendos Vasculares	SIM	SIM
3.09.06.385	Arterioplastia Da Femoral Profunda [Profundoplastia]	SIM	SIM
3.09.06.393	Reoperação De Aorta Abdominal	SIM	SIM
3.09.06.407	Retirada De Enxerto Infectado Em Posição Não Aórtica	SIM	SIM
3.09.06.415	Revascularização Aorto-Femoral - Unilateral	SIM	SIM
3.09.06.423	Revascularização Arterial De Membro Superior	SIM	SIM
3.09.06.431	Tratamento Cirúrgico Da Isquemia Cerebral	SIM	SIM
3.09.06.440	Tratamento Cirúrgico De Síndrome Vêrtebro Basilar	SIM	SIM
3.09.06.458	Tratamento Cirúrgico De Tumor Carotídeo	SIM	SIM
3.09.06.466	Tronco Celíaco - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.09.07.012	Cirurgia De Restauração Venosa Com Pontes Em Cavidades	SIM	SIM
3.09.07.020	Cirurgia De Restauração Venosa Com Pontes Nos Membros	SIM	SIM
3.09.07.039	Cura Cirúrgica Da Impotência Coeundi Venosa	SIM	SIM
3.09.07.047	Cura Cirúrgica De Hipertensão Portal - Qualquer Tipo	SIM	SIM
3.09.07.063	Escleroterapia De Veias - Por Sessão	NÃO	SIM
3.09.07.071	Fulguração De Telangiectasias [Por Grupo]	SIM	SIM
3.09.07.080	Implante De Filtro De Veia Cava	SIM	SIM
3.09.07.098	Interrupção Cirúrgica Veia Cava Inferior	SIM	SIM
3.09.07.101	Tratamento Cirúrgico De Varizes Com Lipodermatoesclerose Ou Úlcera [Um Membro]	SIM	SIM
3.09.07.110	Trombectomia Venosa	SIM	SIM
3.09.07.128	Valvuloplastia Ou Interposição De Segmento Valvulado Venoso	SIM	SIM
3.09.07.136	Varizes - Tratamento Cirúrgico De Dois Membros	SIM	SIM
3.09.07.144	Varizes - Tratamento Cirúrgico De Um Membro	SIM	SIM
3.09.07.152	Varizes - Ressecção De Colaterais Com Anestesia Local Em Consultório / Ambulatório	SIM	SIM
3.09.08.019	Fístula Aorto-Cava, Reno-Cava Ou Ílio-Ilíaca	SIM	SIM
3.09.08.027	Fístula Arteriovenosa - Com Enxerto	SIM	SIM
3.09.08.035	Fístula Arteriovenosa Cervical Ou Cefálica Extracraniana	SIM	SIM
3.09.08.043	Fístula Arteriovenosa Congênita - Reintervenção	SIM	SIM
3.09.08.051	Fístula Arteriovenosa Congênita - Correção Cirúrgica Radical	SIM	SIM
3.09.08.060	Fístula Arteriovenosa Congênita Para Redução De Fluxo	SIM	SIM
3.09.08.078	Fístula Arteriovenosa Direta	SIM	SIM
3.09.08.086	Fístula Arteriovenosa Dos Grandes Vasos Intratorácicos	SIM	SIM
3.09.08.094	Fístula Arteriovenosa Dos Membros	SIM	SIM
3.09.08.108	Tromboemblectomia De Fístula Arteriovenosa	SIM	SIM
3.09.09.023	Hemodiálise Contínua [12H]	SIM	SIM
3.09.09.031	Hemodiálise Crônica [Por Sessão]	SIM	SIM
3.09.09.139	Hemodepuração De Casos Agudos [Sessão Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração Isolada, Plasmaferese Ou Hemoperfusão] - Até 4 Horas Ou Fração	SIM	SIM
3.09.09.147	Hemodepuração De Casos Agudos [Sessão Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração Isolada, Plasmaferese Ou Hemoperfusão] - Até 12 Horas	SIM	SIM
3.09.10.013	Aneurisma Roto Ou Trombosado De Aorta Abdominal Abaixo Da Artéria Renal	SIM	SIM
3.09.10.021	Aneurismas Rotos Ou Trombosados - Outros	SIM	SIM
3.09.10.030	Aneurismas Rotos Ou Trombosados De Aorta Abdominal Acima Da Artéria Renal	SIM	SIM
3.09.10.048	Aneurismas Rotos Ou Trombosados De Artérias Viscerais	SIM	SIM
3.09.10.056	Aneurismas Rotos Ou Trombosados De Axilar, Femoral, Poplítea	SIM	SIM

3.09.10.064	Aneurismas Rotos Ou Trombosados De Carótida, Subclávia, Ilíaca	SIM	SIM
3.09.10.072	Aneurismas Rotos Ou Trombosados Torácicos Ou Tóraco-Abdominais	SIM	SIM
3.09.10.080	Embolectomia Ou Tromboembolectomia Arterial	SIM	SIM
3.09.10.099	Exploração Vascular Em Traumas De Outros Segmentos	SIM	SIM
3.09.10.102	Exploração Vascular Em Traumas Torácicos E Abdominais	SIM	SIM
3.09.10.110	Lesões Vasculares Cervicais E Cérvico-Torácicas	SIM	SIM
3.09.10.129	Lesões Vasculares De Membro Inferior Ou Superior - Unilateral	SIM	SIM
3.09.10.137	Lesões Vasculares Intra-Abdominais	SIM	SIM
3.09.10.145	Lesões Vasculares Traumáticas Intratorácicas	SIM	SIM
3.09.11.028	Avaliação Fisiológica Da Gravidade De Obstruções [Cateter Ou Guia]	SIM	SIM
3.09.11.036	Biópsia Endomiocárdica	SIM	SIM
3.09.11.044	Cateterismo Cardíaco D E/Ou E Com Ou Sem Cinecoronariografia / Cineangiografia Com Avaliação De Reatividade Vascular Pulmonar Ou Teste De Sobrecarga Hemodinâmica	SIM	SIM
3.09.11.052	Cateterismo Cardíaco D E/Ou E Com Estudo Cineangiográfico E De Revascularização Cirúrgica Do Miocárdio	SIM	SIM
3.09.11.060	Cateterismo Cardíaco Direito Com Estudo Angiográfico Da Artéria Pulmonar	SIM	SIM
3.09.11.079	Cateterismo Cardíaco E E/Ou D Com Cineangiocoronariografia E Ventriculografia	SIM	SIM
3.09.11.087	Cateterismo Cardíaco E E/Ou D Com Cineangiocoronariografia, Ventriculografia E Estudo Angiográfico Da Aorta E/Ou Ramos Tóraco-Abdominais E/Ou Membros	SIM	SIM
3.09.11.095	Cateterismo E E Estudo Cineangiográfico Da Aorta E/Ou Seus Ramos	SIM	SIM
3.09.11.109	Cateterização Cardíaca E Por Via Transeptal	SIM	SIM
3.09.11.117	Estudo Eletrofisiológico - Mapeamento Eletro-Eletrônico Tridimensional - Do Sistema De Condução Com Ou Sem Ação Farmacológica	SIM	SIM
3.09.11.125	Estudo Hemodinâmico Das Cardiopatias Congênitas Estruturalmente Complexas [Menos: Cía, Civ, Pca, Co, Ao, Estenose Aórtica E Pulmonar Isoladas]	SIM	SIM
3.09.11.133	Estudo Hemodinâmico De Cardiopatias Congênitas E/Ou Valvopatias Com Ou Sem Cinecoronariografia Ou Oximetria	SIM	SIM
3.09.11.141	Estudo Ultrassonográfico Intravascular	SIM	SIM
3.09.11.150	Mapeamento De Feixes Anômalos E Focos Ectópicos Por Eletrofisiologia Intracavitária, Com Provas	SIM	SIM
3.09.11.176	Mapeamento Eletrofisiológico Cardíaco Convencional	SIM	SIM
3.09.12.016	Ablação De Circuito Arritmogênico Por Cateter De Radiofrequência	SIM	SIM
3.09.12.024	Angioplastia Transluminal Da Aorta Ou Ramos Ou Da Artéria Pulmonar E Ramos [Por Vaso]	SIM	SIM
3.09.12.032	Angioplastia Transluminal Percutânea De Múltiplos Vasos, Com Implante De Stent	SIM	SIM
3.09.12.040	Angioplastia Transluminal Percutânea Por Balão [1 Vaso]	SIM	SIM
3.09.12.059	Atrioseptostomia Por Balão	SIM	SIM
3.09.12.067	Atrioseptostomia Por Lâmina	SIM	SIM
3.09.12.075	Emboloterapia	SIM	SIM
3.09.12.083	Colocação De Cateter Intracavitário Para Monitorização Hemodinâmica	SIM	SIM
3.09.12.091	Implante De Prótese Intravascular Na Aorta/Pulmonar Ou Ramos Com Ou Sem Angioplastia	SIM	SIM
3.09.12.105	Implante De Stent Coronário Com Ou Sem Angioplastia Por Balão Concomitante [1 Vaso]	SIM	SIM
3.09.12.113	Infusão Seletiva Intravascular De Enzimas Trombolíticas	SIM	SIM
3.09.12.121	Oclusão Percutânea De Shunts Intracardíacos	SIM	SIM
3.09.12.130	Oclusão Percutânea De Fístula E/Ou Conexões Sistêmico Pulmonares	SIM	SIM
3.09.12.148	Oclusão Percutânea Do Canal Arterial	SIM	SIM
3.09.12.156	Punção Saco Pericárdico Com Introdução De Cateter Multipolar No Espaço Pericárdico	SIM	SIM
3.09.12.164	Punção Transeptal Com Introdução De Cateter Multipolar Nas Camaras Esquerdas E/Ou Veias Pulmonares	SIM	SIM

3.09.12.180	Recanalização Arterial No Iam - Angioplastia Primária - Com Implante De Stent Com Ou Sem Suporte Circulatório [Balão Intra-Órtico]	SIM	SIM
3.09.12.199	Recanalização Mecânica Do Iam [Angioplastia Primária Com Balão]	SIM	SIM
3.09.12.210	Retirada Percutânea De Corpos Estranhos Vasculares	SIM	SIM
3.09.12.237	Tratamento Percutâneo Do Aneurisma/Dissecção Da Aorta	SIM	SIM
3.09.12.245	Valvoplastia Percutânea Por Via Arterial Ou Venosa	SIM	SIM
3.09.12.253	Valvoplastia Percutânea Por Via Transeptal	SIM	SIM
3.09.12.261	Angioplastia Transluminal Percutânea De Bifurcação E De Tronco Com Implante De Stent	SIM	SIM
3.09.12.288	Procedimento Terapêutico Nas Cardiopatias Congênitas, Exceto Atriosseptostomia	SIM	SIM
3.09.13.012	Implante De Cateter Venoso Central Por Punção, Para Npp, Qt, Hemodepuração Ou Para Infusão De Soros/Drogas	SIM	SIM
3.09.13.020	Instalação De Cateter Para Monitorização Hemodinâmica À Beira Do Leito [Swan-Ganz]	SIM	SIM
3.09.13.047	Instalação De Circuito Para Assistência Mecânica Circulatória Prolongada [Toracotomia]	SIM	SIM
3.09.13.055	Manutenção De Circuito Para Assistência Mecânica Circulatória Prolongada - Período De 6 Horas	SIM	SIM
3.09.13.071	Dissecção De Vaso Umbilical Com Colocação De Cateter	SIM	SIM
3.09.13.080	Dissecção De Veia Em Rn Ou Lactente	SIM	SIM
3.09.13.098	Dissecção De Veia Com Colocação Cateter Venoso	SIM	SIM
3.09.13.101	Implante Cirúrgico De Cateter De Longa Permanência Para Npp, Qt Ou Para Hemodepuração	SIM	SIM
3.09.13.128	Retirada Cirúrgica De Cateter De Longa Permanência Para Npp, Qt Ou Para Hemodepuração	SIM	SIM
3.09.13.144	Confecção De Fístula Av Para Hemodiálise	SIM	SIM
3.09.13.152	Retirada/Desativação De Fístula Av Para Hemodiálise	SIM	SIM
3.09.14.019	Anastomose Linfovenosa	SIM	SIM
3.09.14.027	Doença De Hodgkin - Estadiamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.09.14.043	Linfadenectomia Inguinal Ou Ilíaca	SIM	SIM
3.09.14.051	Linfadenectomia Cervical	SIM	SIM
3.09.14.060	Linfadenectomia Pélvica	SIM	SIM
3.09.14.078	Linfadenectomia Retroperitoneal	SIM	SIM
3.09.14.086	Linfangioplastia	SIM	SIM
3.09.14.094	Linfedema - Ressecção Total	SIM	SIM
3.09.14.108	Linfedema Genital - Ressecção	SIM	SIM
3.09.14.116	Marsupialização De Linfocele	SIM	SIM
3.09.14.124	Punção Biópsia Ganglionar	SIM	SIM
3.09.14.132	Linfedema - Ressecção Parcial	SIM	SIM
3.09.14.140	Linfadenectomia Pélvica Laparoscópica	SIM	SIM
3.09.14.159	Linfadenectomia Retroperitoneal Laparoscópica	SIM	SIM
3.09.14.167	Marsupialização Laparoscópica De Linfocele	SIM	SIM
3.09.15.015	Correção Cirúrgica Das Arritmias	SIM	SIM
3.09.15.023	Drenagem Do Pericárdio	SIM	SIM
3.09.15.031	Pericardiocentese	SIM	SIM
3.09.15.040	Pericardiotomia / Pericardiectomia	SIM	SIM
3.09.15.058	Drenagem Do Pericárdio Por Vídeo	SIM	SIM
3.09.15.066	Pericardiotomia / Pericardiectomia Por Vídeo	SIM	SIM
3.09.16.011	Hipotermia Profunda Com Ou Sem Parada Circulatória Total	SIM	SIM
3.09.17.018	Biópsia Do Miocárdio	SIM	SIM
3.09.17.034	Cardiotomia [Ferimento, Corpo Estranho, Exploração]	SIM	SIM

3.09.17.042	Retirada De Tumores Intracardíacos	SIM	SIM
3.10.01.017	Atresia De Esôfago Com Fístula Traqueal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.01.025	Atresia De Esôfago Sem Fístula (Dupla Estomia) - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.01.033	Autotransplante Com Microcirurgia	SIM	SIM
3.10.01.041	Esofagectomia Distal Com Toracotomia	SIM	SIM
3.10.01.050	Esofagectomia Distal Sem Toracotomia	SIM	SIM
3.10.01.068	Esofagoplastia (Coloplastia)	SIM	SIM
3.10.01.076	Esofagoplastia (Gastroplastia)	SIM	SIM
3.10.01.084	Estenose De Esôfago - Tratamento Cirúrgico Via Torácica	SIM	SIM
3.10.01.092	Faringo-Laringo-Esofagectomia Total Com Ou Sem Toracotomia	SIM	SIM
3.10.01.106	Fístula Tráqueo Esofágica - Tratamento Cirúrgico Via Cervical	SIM	SIM
3.10.01.114	Fístula Tráqueo Esofágica - Tratamento Cirúrgico Via Torácica	SIM	SIM
3.10.01.149	Reintervenção Sobre A Transição Esôfago Gástrica	SIM	SIM
3.10.01.157	Ressecção Do Esôfago Cervical E/Ou Torácico E Transplante Com Microcirurgia	SIM	SIM
3.10.01.165	Substituição Esofágica - Cólon Ou Tubo Gástrico	SIM	SIM
3.10.01.173	Tratamento Cirúrgico Das Varizes Esofágicas	SIM	SIM
3.10.01.181	Tratamento Cirúrgico Conservador Do Megaesofago	SIM	SIM
3.10.01.190	Tunelização Esofágica	SIM	SIM
3.10.01.203	Esofagorrafia Cervical	SIM	SIM
3.10.01.211	Esofagorrafia Torácica	SIM	SIM
3.10.01.220	Esofagostomia	SIM	SIM
3.10.01.238	Tratamento Cirúrgico Do Divertículo Esofágico	SIM	SIM
3.10.01.246	Tratamento Cirúrgico Do Divertículo Faringoesofágico	SIM	SIM
3.10.01.254	Esofagectomia Subtotal Com Linfadenectomia Com Ou Sem Toracotomia	SIM	SIM
3.10.01.262	Refluxo Gastroesofágico - Tratamento Cirúrgico (Hérnia De Hiato)	SIM	SIM
3.10.01.270	Reconstrução Do Esôfago Cervical E Torácico Com Transplante Segmentar De Intestino	SIM	SIM
3.10.01.289	Reconstrução Do Esôfago Cervical Ou Torácico, Com Transplante De Intestino	SIM	SIM
3.10.01.297	Dissecção Do Esôfago Torácico (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.01.319	Reintervenção Sobre A Transição Esôfago Gástrica Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.01.335	Tratamento Cirúrgico Conservador Do Megaesofago Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.01.343	Esofagorrafia Torácica Por Videotoracoscopia	SIM	SIM
3.10.01.360	Refluxo Gastroesofágico - Tratamento Cirúrgico (Hérnia De Hiato) Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.013	Colocação De Banda Gástrica	SIM	SIM
3.10.02.021	Conversão De Anastomose Gastrojejunal (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.02.030	Degastrogastrectomia Com Vagotomia	SIM	SIM
3.10.02.048	Degastrogastrectomia Sem Vagotomia	SIM	SIM
3.10.02.056	Gastrostomia Confecção / Fechamento	SIM	SIM
3.10.02.064	Gastrectomia Parcial Com Linfadenectomia	SIM	SIM
3.10.02.072	Gastrectomia Parcial Com Vagotomia	SIM	SIM
3.10.02.080	Gastrectomia Parcial Sem Vagotomia	SIM	SIM
3.10.02.099	Gastrectomia Polar Superior Com Reconstrução Jejunal Com Toracotomia	SIM	SIM
3.10.02.102	Gastrectomia Polar Superior Com Reconstrução Jejunal Sem Toracotomia	SIM	SIM
3.10.02.110	Gastrectomia Total Com Linfadenectomia	SIM	SIM
3.10.02.129	Gastrectomia Total Via Abdominal	SIM	SIM
3.10.02.137	Gastroenteroanastomose	SIM	SIM
3.10.02.145	Gastrorrafia	SIM	SIM
3.10.02.153	Gastrotomia Com Sutura De Varizes	SIM	SIM

3.10.02.161	Gastrotomia Para Retirada De Ce Ou Lesão Isolada	SIM	SIM
3.10.02.170	Gastrotomia Para Qualquer Finalidade	SIM	SIM
3.10.02.188	Membrana Antral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.02.196	Piloroplastia	SIM	SIM
3.10.02.218	Gastroplastia Para Obesidade Mórbida - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.10.02.242	Tratamento Cirúrgico Das Varizes Gástricas	SIM	SIM
3.10.02.250	Vagotomia Com Operação De Drenagem	SIM	SIM
3.10.02.269	Vagotomia Gástrica Proximal Ou Superseletiva Com Duodenoplastia (Operação De Drenagem)	SIM	SIM
3.10.02.277	Vagotomia Superseletiva Ou Vagotomia Gástrica Proximal	SIM	SIM
3.10.02.285	Colocação De Banda Gástrica Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.307	Gastrectomia Parcial Com Linfadenectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.315	Gastrectomia Parcial Com Vagotomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.323	Gastrectomia Parcial Sem Vagotomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.331	Gastrectomia Total Com Linfadenectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.340	Gastrectomia Total Via Abdominal Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.374	Piloroplastia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.390	Gastroplastia Para Obesidade Mórbida Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.02.412	Vagotomia Superseletiva Ou Vagotomia Gástrica Proximal Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.010	Amputação Abdômino-Perineal Do Reto (Completa)	SIM	SIM
3.10.03.028	Amputação Do Reto Por Procidência	SIM	SIM
3.10.03.036	Anomalia Anorretal - Correção Via Sagital Posterior	SIM	SIM
3.10.03.044	Anomalia Anorretal - Tratamento Cirúrgico Via Abdômino-Perineal	SIM	SIM
3.10.03.052	Anomalia Anorretal - Tratamento Cirúrgico Via Perineal	SIM	SIM
3.10.03.060	Anorretomiectomia	SIM	SIM
3.10.03.079	Apendicectomia	SIM	SIM
3.10.03.087	Apple-Peel - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.095	Atresia De Cólon - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.109	Atresia De Duodeno - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.117	Atresia Jejunal Distal Ou Ileal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.125	Atresia Jejunal Proximal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.133	Cirurgia De Abaixamento (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.03.141	Cirurgia De Acesso Posterior	SIM	SIM
3.10.03.150	Cisto Mesentérico - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.168	Colectomia Parcial Com Colostomia	SIM	SIM
3.10.03.176	Colectomia Parcial Sem Colostomia	SIM	SIM
3.10.03.184	Colectomia Total Com Íleo-Reto-Anastomose	SIM	SIM
3.10.03.192	Colectomia Total Com Ileostomia	SIM	SIM
3.10.03.206	Colocação De Sonda Enteral	SIM	SIM
3.10.03.214	Colostomia Ou Enterostomia	SIM	SIM
3.10.03.230	Colotomia E Colorrafia	SIM	SIM
3.10.03.249	Distorção De Volvo Por Laparotomia	SIM	SIM
3.10.03.257	Distorção De Volvo Por Via Endoscópica	SIM	SIM
3.10.03.265	Diverfículo De Meckel - Exêrese	SIM	SIM
3.10.03.273	Duplicação Do Tubo Digestivo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.281	Enterectomia Segmentar	SIM	SIM
3.10.03.290	Entero-Anastomose (Qualquer Segmento)	SIM	SIM
3.10.03.303	Enterocolite Necrotizante - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM

3.10.03.311	Enteropexia (Qualquer Segmento)	SIM	SIM
3.10.03.320	Enterotomia E/Ou Enterorrafia De Qualquer Segmento (Por Sutura Ou Ressecção)	SIM	SIM
3.10.03.338	Esporão Retal - Ressecção	SIM	SIM
3.10.03.346	Esvaziamento Pélvico Anterior Ou Posterior - Procedimento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.354	Esvaziamento Pélvico Total - Procedimento Cirurgico	SIM	SIM
3.10.03.362	Fecaloma - Remoção Manual	SIM	SIM
3.10.03.370	Fechamento De Colostomia Ou Enterostomia	SIM	SIM
3.10.03.389	Fixação Do Reto Por Via Abdominal	SIM	SIM
3.10.03.397	Íleo Meconial - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.427	Invaginação Intestinal - Ressecção	SIM	SIM
3.10.03.435	Invaginação Intestinal Sem Ressecção - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.451	Mã-Rotação Intestinal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.460	Megacólon Congênito - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.478	Membrana Duodenal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.486	Pâncreas Anular - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.494	Perfuração Duodenal Ou Delgado - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.508	Piloromiotomia	SIM	SIM
3.10.03.516	Procidência Do Reto - Redução Manual	SIM	SIM
3.10.03.524	Proctocolectomia Total	SIM	SIM
3.10.03.532	Proctocolectomia Total Com Reservatório Ileal	SIM	SIM
3.10.03.540	Ressecção Total De Intestino Delgado	SIM	SIM
3.10.03.559	Retossigmoidectomia Abdominal	SIM	SIM
3.10.03.567	Tumor Anorretal - Ressecção Anorretal, Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.03.575	Amputação Abdômino-Perineal Do Reto (Completa) Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.583	Apendicectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.591	Cirurgia De Abaixamento Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.605	Cisto Mesentérico - Tratamento Cirúrgico Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.613	Colectomia Parcial Com Colostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.621	Colectomia Parcial Sem Colostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.630	Colectomia Total Com Íleo-Reto-Anastomose Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.648	Colectomia Total Com Ileostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.656	Distorção De Volvo Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.664	Divertículo De Meckel - Exêrese Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.672	Enterectomia Segmentar Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.680	Entero-Anastomose (Qualque Segmento) Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.699	Enteropexia (Qualquer Segmento) Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.702	Esvaziamento Pélvico Anterior Ou Posterior Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.710	Esvaziamento Pélvico Total Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.729	Fixação Do Reto Por Via Abdominal Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.770	Proctocolectomia Total Com Reservatório Ileal Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.788	Proctocolectomia Total Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.03.796	Retossigmoidectomia Abdominal Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.04.016	Abscesso Anorretal - Drenagem	NÃO	SIM
3.10.04.024	Abscesso Isquio-Retal - Drenagem	NÃO	SIM
3.10.04.032	Cerclagem Anal	SIM	SIM
3.10.04.040	Corpo Estranho Do Reto - Retirada	NÃO	SIM
3.10.04.059	Criptectomia (Única Ou Múltipla)	SIM	SIM

3.10.04.067	Dilatação Digital Ou Instrumental Do Ânus E/Ou Do Reto	SIM	SIM
3.10.04.075	Esfincteroplastia Anal (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.04.083	Estenose Anal - Tratamento Cirúrgico (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.04.091	Excisão De Plicoma	SIM	SIM
3.10.04.105	Fissurectomia Com Ou Sem Esfincterotomia	SIM	SIM
3.10.04.113	Fístula Reto-Vaginal E Fístula Anal Em Ferradura - Tratamento Cirúrgico Via Perineal	SIM	SIM
3.10.04.121	Fistulectomia Anal Em Dois Tempos	SIM	SIM
3.10.04.130	Fistulectomia Anal Em Ferradura	SIM	SIM
3.10.04.148	Fistulectomia Anal Em Um Tempo	SIM	SIM
3.10.04.156	Fistulectomia Anorretal Com Abaixamento Mucoso	SIM	SIM
3.10.04.164	Fistulectomia Perineal	SIM	SIM
3.10.04.180	Hemorróidas - Ligadura Elástica (Por Sessão)	NÃO	SIM
3.10.04.199	Hemorróidas - Tratamento Esclerosante (Por Sessão)	SIM	SIM
3.10.04.202	Hemorroidectomia Aberta Ou Fechada, Com Ou Sem Esfincterotomia, Sem Grampeador	SIM	SIM
3.10.04.210	Laceração Anorretal - Tratamento Cirúrgico Por Via Perineal	SIM	SIM
3.10.04.229	Lesão Anal - Eletrocauterização	SIM	SIM
3.10.04.237	Papilectomia (Única Ou Múltipla)	SIM	SIM
3.10.04.245	Pólipo Retal - Ressecção Endoanal	SIM	SIM
3.10.04.253	Prolapso Retal - Esclerose (Por Sessão)	SIM	SIM
3.10.04.261	Prolapso Retal - Tratamento Cirúrgico Perineal	SIM	SIM
3.10.04.270	Reconstituição De Esfincter Anal Por Plástica Muscular (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.04.288	Reconstrução Total Anoperineal	SIM	SIM
3.10.04.300	Tratamento Cirúrgico De Retocele (Colpoperineoplastia Posterior)	SIM	SIM
3.10.04.318	Trombose Hemorroidária - Exérese	SIM	SIM
3.10.04.326	Prurido Anal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.04.334	Esfincterotomia - Ânus	SIM	SIM
3.10.05.012	Abscesso Hepático - Drenagem Cirúrgica (Até 3 Fragmentos)	SIM	SIM
3.10.05.020	Alcoolização Percutânea Dirigida De Tumor Hepático	SIM	SIM
3.10.05.039	Anastomose Biliodigestiva Intra-Hepática	SIM	SIM
3.10.05.047	Atresia De Vias Biliares - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.05.063	Biópsia Hepática Por Laparotomia (Até 3 Fragmentos)	SIM	SIM
3.10.05.071	Biópsia Hepática Transparietal (Até 3 Fragmentos)	SIM	SIM
3.10.05.080	Laparotomia Para Implantação Cirúrgica De Cateter Arterial Visceral Para Quimioterapia	SIM	SIM
3.10.05.098	Cisto De Colédoco - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.05.101	Colecistectomia Com Colangiografia	SIM	SIM
3.10.05.110	Colecistectomia Com Fístula Biliodigestiva	SIM	SIM
3.10.05.128	Colecistectomia Sem Colangiografia	SIM	SIM
3.10.05.136	Colecistojejunostomia	SIM	SIM
3.10.05.144	Colecistostomia	SIM	SIM
3.10.05.152	Colédoco Ou Hepático-Jejunostomia (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.10.05.160	Colédoco Ou Hepaticoplastia	SIM	SIM
3.10.05.179	Colédoco-Duodenostomia	SIM	SIM
3.10.05.187	Coledocotomia Ou Coledocostomia Sem Colecistectomia	SIM	SIM
3.10.05.195	Coledocoscopia Intra-Operatória	SIM	SIM
3.10.05.209	Derivação Porto Sistêmica	SIM	SIM
3.10.05.217	Desconexão Ázigos - Portal Com Esplenectomia	SIM	SIM

3.10.05.225	Desconexão Âzigos - Portal Sem Esplenectomia	SIM	SIM
3.10.05.233	Desvascularização Hepática	SIM	SIM
3.10.05.241	Drenagem Biliar Trans-Hepática	SIM	SIM
3.10.05.250	Enucleação De Metástases Hepáticas	SIM	SIM
3.10.05.268	Enucleação De Metástases, Por Metástase	SIM	SIM
3.10.05.276	Hepatorrafia	SIM	SIM
3.10.05.284	Hepatorrafia Complexa Com Lesão De Estruturas Vasculares Biliares	SIM	SIM
3.10.05.292	Lobectomy Hepática Direita	SIM	SIM
3.10.05.306	Lobectomy Hepática Esquerda	SIM	SIM
3.10.05.314	Papilotomia Transduodenal	SIM	SIM
3.10.05.322	Punção Hepática Para Drenagem De Abscessos	SIM	SIM
3.10.05.330	Radioablação / Termoablação De Tumores Hepáticos	SIM	SIM
3.10.05.357	Ressecção De Cisto Hepático Com Hepatectomia	SIM	SIM
3.10.05.365	Ressecção De Cisto Hepático Sem Hepatectomia	SIM	SIM
3.10.05.373	Ressecção De Tumor De Vesícula Ou Da Via Biliar Com Hepatectomia	SIM	SIM
3.10.05.381	Ressecção De Tumor De Vesícula Ou Da Via Biliar Sem Hepatectomia	SIM	SIM
3.10.05.390	Segmentectomy Hepática	SIM	SIM
3.10.05.403	Sequestrectomia Hepática	SIM	SIM
3.10.05.420	Tratamento Cirúrgico De Estenose Cicatricial Das Vias Biliares	SIM	SIM
3.10.05.438	Trisegmentectomias	SIM	SIM
3.10.05.446	Coledocotomia Ou Coledocostomia Com Colectistectomy	SIM	SIM
3.10.05.454	Abscesso Hepático - Drenagem Cirúrgica Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.470	Colectistectomy Com Colangiografia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.489	Colectistectomy Com Fístula Biliodigestiva Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.497	Colectistectomy Sem Colangiografia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.500	Colecistojunostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.519	Colecistostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.527	Colédoco Ou Hepático-Jejunostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.535	Colédoco-Duodenostomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.543	Coledocotomia Ou Coledocostomia Com Colectistectomy Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.551	Coledocotomia Ou Coledocostomia Sem Colectistectomy Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.560	Desconexão Âzigos - Portal Com Esplenectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.586	Enucleação De Metástase Hepáticas Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.632	Punção Hepática Para Drenagem De Abscessos Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.659	Ressecção De Cisto Hepático Com Hepatectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.667	Ressecção De Cisto Hepático Sem Hepatectomia Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.675	Biópsia Hepática Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.05.683	Biópsia Hepática Por Laparotomia [Acima De 3 Fragmentos]	SIM	SIM
3.10.05.691	Biópsia Hepática Transparietal [Acima De 3 Fragmentos]	SIM	SIM
3.10.06.019	Biópsia De Pâncreas Por Laparotomia	SIM	SIM
3.10.06.027	Biópsia De Pâncreas Por Punção Dirigida	SIM	SIM
3.10.06.035	Enucleação De Tumores Pancreáticos	SIM	SIM
3.10.06.043	Hipoglicemia - Tratamento Cirúrgico [Pancreatotomy Parcial Ou Total]	SIM	SIM
3.10.06.051	Pancreatectomia Corpo Caudal Com Preservação Do Baço	SIM	SIM
3.10.06.060	Pancreatectomia Parcial Ou Sequestrectomia	SIM	SIM
3.10.06.078	Pancreato-Duodenectomy Com Linfadenectomy	SIM	SIM
3.10.06.086	Pancreato-Enterostomia	SIM	SIM
3.10.06.094	Pancreatorrafia	SIM	SIM

3.10.06.108	Pseudocisto Pâncreas - Drenagem Externa [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.10.06.116	Pseudocisto Pâncreas - Drenagem Interna [Qualquer Técnica]	SIM	SIM
3.10.06.167	Enucleação De Tumores Pancreáticos Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.06.175	Pseudocisto Pâncreas - Drenagem Externa Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.06.183	Pseudocisto Pâncreas - Drenagem Interna Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.07.015	Biópsia Esplênica	SIM	SIM
3.10.07.023	Esplenectomia Parcial	SIM	SIM
3.10.07.031	Esplenectomia Total	SIM	SIM
3.10.07.040	Esplenorrafia	SIM	SIM
3.10.07.058	Esplenectomia Parcial Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.07.066	Esplenectomia Total Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.08.011	Diálise Peritoneal Intermitente - Agudo Ou Crônico [Por Sessão]	SIM	SIM
3.10.08.020	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua [Capd] 9 Dias - Treinamento	SIM	SIM
3.10.08.038	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua [Capd] Por Mês/Paciente	SIM	SIM
3.10.08.054	Epiploplastia	SIM	SIM
3.10.08.062	Implante De Cateter Peritoneal	SIM	SIM
3.10.08.070	Instalação De Cateter Tenckhoff	SIM	SIM
3.10.08.097	Retirada De Cateter Tenckhoff	SIM	SIM
3.10.09.018	Abscesso Perineal - Drenagem Cirúrgica	SIM	SIM
3.10.09.026	Biópsia De Parede Abdominal	NÃO	SIM
3.10.09.042	Cisto Sacro-Coccígeo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.09.050	Diástase Dos Retos-Abdominais - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.09.069	Hérnia Inguinal Encarcerada Em Rn Ou Lactente - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.09.077	Herniorrafia Com Ressecção Intestinal - Estrangulada	SIM	SIM
3.10.09.085	Herniorrafia Crural - Unilateral	SIM	SIM
3.10.09.093	Herniorrafia Epigástrica	SIM	SIM
3.10.09.107	Herniorrafia Incisional	SIM	SIM
3.10.09.115	Herniorrafia Inguinal - Unilateral	SIM	SIM
3.10.09.123	Herniorrafia Inguinal No Rn Ou Lactente	SIM	SIM
3.10.09.131	Herniorrafia Lombar	SIM	SIM
3.10.09.140	Herniorrafia Recidivante	SIM	SIM
3.10.09.158	Herniorrafia Sem Ressecção Intestinal Encarcerada	SIM	SIM
3.10.09.166	Herniorrafia Umbilical	SIM	SIM
3.10.09.174	Laparotomia Exploradora, Ou Para Biópsia, Ou Para Drenagem De Abscesso, Ou Para Liberação De Bidas Em Vigência De Oclusão	SIM	SIM
3.10.09.204	Neuroblastoma Abdominal - Exérese	SIM	SIM
3.10.09.220	Onfalocele/Gastrosquise Em 1 Tempo Ou Primeiro Tempo Ou Prótese - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.09.239	Onfalocele/Gastrosquise - Segundo Tempo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.10.09.247	Paracentese Abdominal	SIM	SIM
3.10.09.255	Reconstrução Da Parede Abdominal Com Retalho Muscular Ou Miocutâneo	SIM	SIM
3.10.09.263	Reparação De Outras Hérnias [Inclui Herniorrafia Muscular]	SIM	SIM
3.10.09.271	Ressecção De Cisto Ou Fístula De Úraco	SIM	SIM
3.10.09.280	Ressecção De Cisto Ou Fístula Ou Restos Do Ducto Onfalomesentérico	SIM	SIM
3.10.09.298	Ressutura Da Parede Abdominal [Por Deiscência Total Ou Evisceração]	SIM	SIM
3.10.09.301	Teratoma Sacro-Coccígeo - Exérese	SIM	SIM
3.10.09.310	Herniorrafia Com Ressecção Intestinal - Estrangulada - Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.09.328	Herniorrafia Crural - Unilateral Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.09.336	Herniorrafia Inguinal - Unilateral Por Videolaparoscopia	SIM	SIM

3.10.09.344	Herniorrafia Recidivante Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.09.352	Laparotomia Exploradora, Ou Para Biópsia, Ou Para Drenagem De Abscesso, Ou Para Liberação De Bidas Em Vigência De Oclusão Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.10.09.360	Herniorrafia Inguinal Em Criança - Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.011	Abscesso Renal Ou Peri-Renal - Drenagem Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.01.020	Abscesso Renal Ou Peri-Renal - Drenagem Percutânea	SIM	SIM
3.11.01.038	Adrenalectomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.046	Angioplastia Renal Unilateral A Céu Aberto	SIM	SIM
3.11.01.054	Angioplastia Renal Unilateral Transluminal	SIM	SIM
3.11.01.062	Autotransplante Renal Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.070	Biópsia Renal Cirúrgica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.089	Cisto Renal - Escleroterapia Percutânea - Por Cisto	SIM	SIM
3.11.01.097	Endopielotomia Percutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.100	Estenose De Junção Pieloureteral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.01.119	Fístula Pielo-Cutânea - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.01.127	Lombotomia Exploradora	SIM	SIM
3.11.01.135	Marsupialização De Cistos Renais Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.151	Nefrectomia Parcial Com Ureterectomia	SIM	SIM
3.11.01.160	Nefrectomia Parcial Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.178	Nefrectomia Parcial Unilateral Extracorpórea	SIM	SIM
3.11.01.186	Nefrectomia Radical Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.194	Nefrectomia Total Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.208	Nefro Ou Pieloenterocistostomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.216	Nefrolitotomia Anatrófica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.224	Nefrolitotomia Percutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.232	Nefrolitotomia Simples Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.240	Nefrolitotripsia Extracorpórea - 1ª Sessão	SIM	SIM
3.11.01.259	Nefrolitotripsia Extracorpórea - Reaplicações (Até 3 Meses)	SIM	SIM
3.11.01.275	Nefrolitotripsia Percutânea Unilateral (Mec., E.H., Ou Us)	SIM	SIM
3.11.01.283	Nefropexia Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.291	Nefrorrafia (Trauma) Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.305	Nefrostomia A Céu Aberto Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.313	Nefrostomia Percutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.321	Nefroureterectomia Com Ressecção Vesical Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.330	Pielolitotomia Com Nefrolitotomia Anatrófica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.348	Pielolitotomia Com Nefrolitotomia Simples Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.356	Pielolitotomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.364	Pieloplastia	SIM	SIM
3.11.01.372	Pielostomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.380	Pielotomia Exploradora Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.399	Punção Aspirativa Renal Para Diagnóstico De Rejeição (Ato Médico)	SIM	SIM
3.11.01.402	Punção Biópsia Renal Percutânea	NÃO	SIM
3.11.01.410	Revascularização Renal - Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.11.01.429	Sinfisiotomia (Rim Em Ferradura)	SIM	SIM
3.11.01.437	Transuretero Anastomose	SIM	SIM
3.11.01.445	Tratamento Cirúrgico Da Fístula Pielo-Intestinal	SIM	SIM
3.11.01.453	Tumor Renal - Enucleação Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.461	Tumor Wilms - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM

3.11.01.470	Tumores Retro-Peritoneais Malignos Unilaterais – Exérese	SIM	SIM
3.11.01.488	Adrenalectomia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.518	Nefropexia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.526	Pieloplastia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.534	Pielolitotomia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.542	Nefroureterectomia Com Ressecção Vesical Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.550	Nefrectomia Radical Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.569	Nefrectomia Parcial Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.01.577	Nefrolitotripsia Percutânea Unilateral A Laser	SIM	SIM
3.11.01.585	Nefrectomia Total Unilateral Por Videolaparoscopia	SIM	SIM
3.11.02.018	Biópsia Cirúrgica De Ureter Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.026	Biópsia Endoscópica De Ureter Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.034	Cateterismo Ureteral Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.042	Colocação Cirúrgica De Duplo J Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.050	Colocação Cistoscópica De Duplo J Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.069	Colocação Nefroscópica De Duplo J Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.077	Colocação Ureteroscópica De Duplo J Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.085	Dilatação Endoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.093	Duplicação Pieloureteral – Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.02.107	Fístula Uretero-Cutânea Unilateral (Tratamento Cirúrgico)	SIM	SIM
3.11.02.115	Fístula Uretero-Intestinal Unilateral (Tratamento Cirúrgico)	SIM	SIM
3.11.02.123	Fístula Uretero-Vaginal Unilateral (Tratamento Cirúrgico)	SIM	SIM
3.11.02.131	Meatotomia Endoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.174	Reimplante Ureterointestinal Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.11.02.182	Reimplante Ureteral Por Via Extra Ou Intravesical Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.204	Reimplante Uretero-Vesical Unilateral – Via Combinada	SIM	SIM
3.11.02.220	Retirada Endoscópica De Cálculo De Ureter Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.239	Transureterostomia	SIM	SIM
3.11.02.247	Ureterectomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.255	Ureterocele Unilateral – Ressecção A Céu Aberto	SIM	SIM
3.11.02.263	Ureteroceles – Tratamento Endoscópico	SIM	SIM
3.11.02.271	Ureteroileocistostomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.280	Ureteroileostomia Cutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.298	Ureterólise Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.301	Ureterolitotomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.310	Ureterolitotripsia Extracorpórea – 1ª Sessão	SIM	SIM
3.11.02.328	Ureterolitotripsia Extracorpórea – Reaplicações (Até 3 Meses)	SIM	SIM
3.11.02.344	Ureteroplastia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.352	Ureterorrenolitotomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.360	Ureterorrenolitotripsia Flexível A Laser Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.379	Ureterorrenolitotripsia Rígida Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.409	Ureterossigmoidoplastia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.417	Ureterossigmoidostomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.425	Ureterostomia Cutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.433	Ureterotomia Interna Percutânea Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.441	Ureterotomia Interna Ureteroscópica Flexível Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.450	Ureterotomia Interna Ureteroscópica Rígida Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.468	Ureteroureterocistoneostomia	SIM	SIM

3.11.02.476	Ureteroureterostomia Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.514	Ureteroureterostomia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.530	Correção Laparoscópica De Refluxo Vesico-Ureteral Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.549	Reimplante Uretero-Vesical Laparoscópico Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.557	Reimplante Ureterointestinal Laparoscópico Unilateral	SIM	SIM
3.11.02.565	Ureterorrenolitotripsia Rígida Unilateral A Laser	SIM	SIM
3.11.03.014	Ampliação Vesical	SIM	SIM
3.11.03.022	Bexiga Psóica - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.030	Biópsia Endoscópica De Bexiga [Inclui Cistoscopia]	NÃO	SIM
3.11.03.049	Biópsia Vesical A Céu Aberto	SIM	SIM
3.11.03.057	Cálculo Vesical - Extração Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.065	Cistectomia Parcial	SIM	SIM
3.11.03.073	Cistectomia Radical [Inclui Próstata Ou Útero]	SIM	SIM
3.11.03.081	Cistectomia Total	SIM	SIM
3.11.03.090	Cistolitotomia	SIM	SIM
3.11.03.103	Cistolitotripsia Extracorpórea - 1ª Sessão	SIM	SIM
3.11.03.111	Cistolitotripsia Extracorpórea - Reaplicações (Até 3 Meses)	SIM	SIM
3.11.03.138	Cistolitotripsia Percutânea (U.S., E.H., E.C.)	SIM	SIM
3.11.03.146	Cistolitotripsia Transuretral (U.S., E.H., E.C.)	SIM	SIM
3.11.03.154	Cistoplastia Redutora	SIM	SIM
3.11.03.162	Cistorrafia [Trauma]	SIM	SIM
3.11.03.170	Cistostomia Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.03.189	Cistostomia Com Procedimento Endoscópico	SIM	SIM
3.11.03.197	Cistostomia Por Punção Com Trocater	SIM	SIM
3.11.03.200	Colo De Divertículo - Ressecção Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.219	Colo Vesical - Ressecção Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.227	Corpo Estranho - Extração Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.03.235	Corpo Estranho - Extração Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.243	Diverticulectomia Vesical	SIM	SIM
3.11.03.251	Enterocistoplastia [Ampliação Vesical]	SIM	SIM
3.11.03.260	Extrofia Em Cloaca - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.278	Extrofia Vesical - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.286	Fístula Vésico-Cutânea - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.294	Fístula Vésico-Entérica - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.308	Fístula Vésico-Retal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.316	Fístula Vésico-Uterina - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.324	Fístula Vésico-Vaginal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.03.332	Incontinência Urinária - Sling Vaginal Ou Abdominal	SIM	SIM
3.11.03.340	Incontinência Urinária - Suspensão Endoscópica De Colo	SIM	SIM
3.11.03.359	Incontinência Urinária - Tratamento Cirúrgico Supra-Púbico	SIM	SIM
3.11.03.367	Incontinência Urinária - Tratamento Endoscópico [Injeção]	SIM	SIM
3.11.03.375	Incontinência Urinária Com Colpoplastia Anterior - Tratamento Cirúrgico [Com Ou Sem Uso De Prótese]	SIM	SIM
3.11.03.383	Pólipos Vesicais - Ressecção Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.03.391	Pólipos Vesicais - Ressecção Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.405	Punção E Aspiração Vesical	SIM	SIM
3.11.03.413	Reimplante Uretero-Vesical À Boari	SIM	SIM
3.11.03.430	Retenção Por Coágulo - Aspiração Vesical	SIM	SIM

3.11.03.448	Tumor Vesical - Fotocoagulação A Laser	SIM	SIM
3.11.03.456	Tumor Vesical - Ressecção Endoscópica	SIM	SIM
3.11.03.464	Vesicostomia Cutânea	SIM	SIM
3.11.03.472	Retirada Endoscópica De Duplo J	SIM	SIM
3.11.03.480	Neobexiga Cutânea Continente	SIM	SIM
3.11.03.499	Neobexiga Retal Continente	SIM	SIM
3.11.03.502	Neobexiga Uretral Continente	SIM	SIM
3.11.03.529	Cistectomia Parcial Laparoscópica	SIM	SIM
3.11.03.537	Cistectomia Radical Laparoscópica (Inclui Próstata Ou Útero)	SIM	SIM
3.11.03.561	Cistolitotripsia A Laser	SIM	SIM
3.11.04.010	Abscesso Periuretral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.04.029	Biópsia Endoscópica De Uretra	SIM	SIM
3.11.04.037	Corpo Estranho Ou Cálculo - Extração Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.04.045	Corpo Estranho Ou Cálculo - Extração Endoscópica	SIM	SIM
3.11.04.053	Divertículo Uretral - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.11.04.061	Eletrocoagulação Endoscópica	SIM	SIM
3.11.04.070	Esfincterotomia - Uretra	SIM	SIM
3.11.04.088	Fístula Uretro-Cutânea - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.04.096	Fístula Uretro-Retal - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.04.100	Fístula Uretro-Vaginal - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.11.04.118	Incontinência Urinária Masculina - Tratamento Cirúrgico (Exclui Implante De Esfincter Artificial)	SIM	SIM
3.11.04.126	Injeções Periuretrais (Incluindo Uretrocistocopia) Por Tratamento	SIM	SIM
3.11.04.134	Meatoplastia (Retalho Cutâneo)	SIM	SIM
3.11.04.142	Meatotomia Uretral	SIM	SIM
3.11.04.150	Neouretra Proximal (Cistouretroplastia)	SIM	SIM
3.11.04.169	Ressecção De Carúncula	SIM	SIM
3.11.04.177	Ressecção De Válvula Uretral Posterior	SIM	SIM
3.11.04.185	Tumor Uretral - Excisão	SIM	SIM
3.11.04.193	Uretroplastia Anterior	SIM	SIM
3.11.04.207	Uretroplastia Posterior	SIM	SIM
3.11.04.215	Uretrostomia	SIM	SIM
3.11.04.223	Uretrotomia Interna	SIM	SIM
3.11.04.231	Uretrotomia Interna Com Prótese Endouretral	SIM	SIM
3.11.04.240	Uretrectomia Total	SIM	SIM
3.11.04.274	Incontinência Urinária Masculina - Sling	SIM	SIM
3.11.04.282	Incontinência Urinária Masculina - Esfincter Artificial	SIM	SIM
3.11.04.290	Retirada E/Ou Substituição De Implante No Tratamento Da Incontinência Urinária Masculina - Esfincter Artificial	SIM	SIM
3.12.01.024	Abscesso De Próstata - Drenagem	NÃO	SIM
3.12.01.032	Biópsia Prostática - Até 8 Fragmentos	NÃO	SIM
3.12.01.040	Biópsia Prostática - Mais De 8 Fragmentos	NÃO	SIM
3.12.01.067	Hemorragia Da Loja Prostática - Evacuação E Irrigação	SIM	SIM
3.12.01.075	Hemorragia Da Loja Prostática - Revisão Endoscópica	SIM	SIM
3.12.01.091	Hipertrofia Prostática - Implante De Prótese	SIM	SIM
3.12.01.105	Hipertrofia Prostática - Tratamento Por Dilatação	SIM	SIM
3.12.01.113	Prostatavesiculectomia Radical	SIM	SIM
3.12.01.121	Prostatectomia A Céu Aberto	SIM	SIM
3.12.01.130	Ressecção Endoscópica Da Próstata	SIM	SIM

3.12.01.148	Prostatovesiculectomia Radical Laparoscópica	SIM	SIM
3.12.02.012	Biópsia Escrotal	NÃO	SIM
3.12.02.020	Drenagem De Abscesso - Escroto	NÃO	SIM
3.12.02.039	Elefantíase Peno-Escrotal - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.02.047	Exérese De Cisto Escrotal	SIM	SIM
3.12.02.063	Reconstrução Da Bolsa Escrotal Com Retalho Inguinal Pediculado - Por Estágio	SIM	SIM
3.12.02.071	Ressecção Parcial Da Bolsa Escrotal	SIM	SIM
3.12.03.019	Autotransplante De Um Testículo	SIM	SIM
3.12.03.027	Biópsia Unilateral De Testículo	NÃO	SIM
3.12.03.035	Escroto Agudo - Exploração Cirúrgica	SIM	SIM
3.12.03.043	Hidrocele Unilateral - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.12.03.051	Implante De Prótese Testicular Unilateral	SIM	SIM
3.12.03.060	Orquidopexia Unilateral	SIM	SIM
3.12.03.078	Orquiectomia Unilateral	SIM	SIM
3.12.03.086	Punção Da Vaginal	SIM	SIM
3.12.03.094	Reparação Plástica [Trauma]	SIM	SIM
3.12.03.108	Torção De Testículo - Cura Cirúrgica	SIM	SIM
3.12.03.116	Tumor De Testículo - Ressecção	SIM	SIM
3.12.03.124	Varicocele Unilateral - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.12.03.132	Orquidopexia Laparoscópica Unilateral	SIM	SIM
3.12.04.015	Biópsia De Epidídimo	NÃO	SIM
3.12.04.023	Drenagem De Abscesso - Epidídimo	NÃO	SIM
3.12.04.031	Epididimectomia Unilateral	SIM	SIM
3.12.04.040	Epididimovasoplastia Unilateral	SIM	SIM
3.12.04.058	Epididimovasoplastia Unilateral Microcirúrgica	SIM	SIM
3.12.04.066	Exérese De Cisto Unilateral	SIM	SIM
3.12.05.011	Espermatoclectomia Unilateral	SIM	SIM
3.12.05.020	Exploração Cirúrgica Do Deferente Unilateral	SIM	SIM
3.12.05.038	Recanalização Dos Ductus Deferentes	SIM	SIM
3.12.05.046	Vasectomia Unilateral	SIM	SIM
3.12.05.070	Cirurgia Esterilizadora Masculina	SIM	SIM
3.12.06.018	Amputação Parcial	SIM	SIM
3.12.06.026	Amputação Total	SIM	SIM
3.12.06.034	Biópsia Peniana	NÃO	SIM
3.12.06.042	Doença De Peyronie - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.050	Eletrocoagulação De Lesões Cutâneas	NÃO	SIM
3.12.06.069	Emasculação	SIM	SIM
3.12.06.077	Epispadia - Reconstrução Por Etapa	SIM	SIM
3.12.06.085	Epispadia Com Incontinência - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.093	Fratura De Pênis - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.107	Hipospadia - Por Estágio - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.115	Hipospadia Distal - Tratamento Em 1 Tempo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.123	Hipospadia Proximal - Tratamento Em 1 Tempo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.140	Implante De Prótese Semi-Rígida [Exclui Próteses Infláveis]	SIM	SIM
3.12.06.158	Neofaloplastia - Por Estágio	SIM	SIM
3.12.06.166	Neofaloplastia Com Retalho Inguinal Pediculado Com Reconstrução Uretral - Por Estágio	SIM	SIM
3.12.06.174	Parafimose - Redução Manual Ou Cirúrgica	SIM	SIM

3.12.06.182	Pênis Curvo Congênito - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.190	Plástica - Retalho Cutâneo À Distância	SIM	SIM
3.12.06.204	Plástica De Corpo Cavernoso	SIM	SIM
3.12.06.212	Plástica Do Freio Bálano-Prepucial	SIM	SIM
3.12.06.220	Postectomia	SIM	SIM
3.12.06.239	Priapismo - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.12.06.247	Reconstrução De Pênis Com Enxerto - Plástica Total	SIM	SIM
3.12.06.255	Reimplante Do Pênis	SIM	SIM
3.12.06.263	Revascularização Peniana	SIM	SIM
3.13.01.010	Bartolinectomia Unilateral	SIM	SIM
3.13.01.029	Biópsia De Vulva	NÃO	SIM
3.13.01.037	Cauterização Química, Ou Eletrocauterização, Ou Criocauterização De Lesões Da Vulva [Por Grupo De Até 5 Lesões]	NÃO	SIM
3.13.01.045	Clitorectomia [Parcial Ou Total]	SIM	SIM
3.13.01.053	Clitoroplastia	SIM	SIM
3.13.01.061	Excisão Radical Local Da Vulva [Não Inclui A Linfadenectomia]	SIM	SIM
3.13.01.070	Exérese De Glândula De Skene	SIM	SIM
3.13.01.088	Exérese De Lesão Da Vulva E/Ou Do Períneo [Por Grupo De Até 5 Lesões]	SIM	SIM
3.13.01.096	Hipertrofia Dos Pequenos Lábios - Correção Cirúrgica	SIM	SIM
3.13.01.100	Incisão E Drenagem Da Glândula De Bartholin Ou Skene	SIM	SIM
3.13.01.118	Marsupialização Da Glândula De Bartholin	SIM	SIM
3.13.01.126	Vulvectomy Ampliada [Não Inclui A Linfadenectomia]	SIM	SIM
3.13.01.134	Vulvectomy Simples	SIM	SIM
3.13.02.017	Biópsia De Vagina	NÃO	SIM
3.13.02.025	Colpectomia	SIM	SIM
3.13.02.033	Colpocleise [Lefort]	SIM	SIM
3.13.02.041	Colpoplastia Anterior	SIM	SIM
3.13.02.050	Colpoplastia Posterior Com Perineorrafia	SIM	SIM
3.13.02.068	Colporrafia Ou Colpoperineoplastia Incluindo Ressecção De Septo Ou Ressutura De Parede Vaginal	SIM	SIM
3.13.02.076	Colpotomia Ou Culdocentese	SIM	SIM
3.13.02.084	Exérese De Cisto Vaginal	SIM	SIM
3.13.02.092	Extração De Corpo Estranho Com Anestesia Geral Ou Bloqueio	SIM	SIM
3.13.02.106	Fístula Ginecológica - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.13.02.114	Himenotomia	SIM	SIM
3.13.02.122	Neovagina [Cólon, Delgado, Tubo De Pele]	SIM	SIM
3.13.02.130	Cauterização Química, Ou Eletrocauterização, Ou Criocauterização De Lesões Da Vagina [Por Grupo De Até 5 Lesões]	NÃO	SIM
3.13.03.013	Aspiração Manual Intra-Uterina [Amiu]	SIM	SIM
3.13.03.021	Biópsia Do Colo Uterino	NÃO	SIM
3.13.03.030	Biópsia Do Endométrio	NÃO	SIM
3.13.03.056	Curetagem Ginecológica Semiótica E/Ou Terapêutica Com Ou Sem Dilatação De Colo Uterino	NÃO	SIM
3.13.03.064	Dilatação Do Colo Uterino	NÃO	SIM
3.13.03.072	Excisão De Pólipo Cervical	NÃO	SIM
3.13.03.080	Histerectomia Subtotal Com Ou Sem Anexectomia, Uni Ou Bilateral - Qualquer Via	SIM	SIM
3.13.03.102	Histerectomia Total - Qualquer Via	SIM	SIM
3.13.03.110	Histerectomia Total Ampliada - Qualquer Via - [Não Inclui A Linfadenectomia Pélvica]	SIM	SIM

3.13.03.129	Histerectomia Total Com Anexectomia Uni Ou Bilateral – Qualquer Via	SIM	SIM
3.13.03.137	Metroplastia (Strassmann Ou Outra Técnica)	SIM	SIM
3.13.03.145	Miomectomia Uterina	SIM	SIM
3.13.03.153	Traquelectomia – Amputação, Conização – (Com Ou Sem Cirurgia De Alta Frequência / Caf)	SIM	SIM
3.13.03.161	Traquelectomia Radical (Não Inclui A Linfadenectomia)	SIM	SIM
3.13.03.170	Histeroscopia Cirúrgica Com Biópsia E/Ou Curetagem Uterina, Lise De Sinéquias, Retirada De Corpo Estranho	SIM	SIM
3.13.03.188	Histeroscopia Com Ressectoscópio Para Miomectomia, Polipectomia, Metroplastia, Endometrectomia E Ressecção De Sinéquias	SIM	SIM
3.13.03.196	Cauterização Química, Ou Eletrocauterização, Ou Criocauterização De Lesões De Colo Uterino (Por Sessão)	NÃO	SIM
3.13.03.200	Histerectomia Subtotal Laparoscópica Com Ou Sem Anexectomia, Uni Ou Bilateral – Via Alta	SIM	SIM
3.13.03.218	Histerectomia Total Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.03.226	Histerectomia Total Laparoscópica Ampliada	SIM	SIM
3.13.03.234	Histerectomia Total Laparoscópica Com Anexectomia Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.13.03.250	Miomectomia Uterina Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.03.269	Implante De Dispositivo Intra-Uterino (Diu) Não Hormonal	SIM	SIM
3.13.03.293	Implante De Dispositivo Intra-Uterino (Diu) Hormonal	SIM	SIM
3.13.03.307	Retirada De Diu Por Histeroscopia	SIM	SIM
3.13.03.315	Curetagem Uterina Pós-Parto	SIM	SIM
3.13.03.323	Histerectomia Pós-Parto	SIM	SIM
3.13.04.010	Esterilização Tubária	SIM	SIM
3.13.04.028	Neossalpingostomia Distal	SIM	SIM
3.13.04.036	Recanalização Tubária (Qualquer Técnica), Uni Ou Bilateral (Com Microscópio Ou Lupa)	SIM	SIM
3.13.04.044	Salpingectomia Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.13.04.052	Laqueadura Tubária Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.04.060	Neossalpingostomia Distal Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.04.079	Recanalização Tubária Laparoscópica Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.13.04.087	Salpingectomia Uni Ou Bilateral Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.05.016	Ooforectomia Uni Ou Bilateral Ou Ooforoplastia Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.13.05.024	Translocação De Ovários	SIM	SIM
3.13.05.032	Ooforectomia Laparoscópica Uni Ou Bilateral Ou Ooforoplastia Uni Ou Bilateral	SIM	SIM
3.13.06.012	Correção De Defeito Lateral	SIM	SIM
3.13.06.020	Correção De Enteroccele	SIM	SIM
3.13.06.039	Correção De Rotura Perineal De Iii Grau (Com Lesão Do Esfincter) E Reconstituição Por Plástica – Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.13.06.047	Perineorrafia (Não Obstétrica) E/Ou Episiotomia E/Ou Episiorrafia	SIM	SIM
3.13.06.055	Reconstrução Perineal Com Retalhos Miocutâneos	SIM	SIM
3.13.06.063	Ressecção De Tumor Do Septo Reto-Vaginal	SIM	SIM
3.13.06.071	Seio Urogenital – Plástica	SIM	SIM
3.13.07.019	Câncer De Ovário (Debulking)	SIM	SIM
3.13.07.027	Cirurgia (Via Alta Ou Baixa) Do Prolápio De Cúpula Vaginal (Fixação Sacral Ou No Ligamento Sacro-Espinhoso) Qualquer Técnica	SIM	SIM
3.13.07.035	Culdoplastia (Mac Call, Moschowicz, Etc.)	SIM	SIM
3.13.07.043	Endometriose PeritoniaI – Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.13.07.051	Epiploplastia Ou Aplicação De Membranas Antiaderentes	SIM	SIM
3.13.07.060	Laparoscopia Ginecológica Com Ou Sem Biópsia (Inclui A Cromotubagem)	SIM	SIM
3.13.07.078	Liberação De Aderências Pélvicas Com Ou Sem Ressecção De Cistos Peritoniais Ou Salpingólise	SIM	SIM

3.13.07.086	Ligadura De Veia Ovariana	SIM	SIM
3.13.07.094	Ligamentopexia Pélvica	SIM	SIM
3.13.07.108	Neurectomia Pré-Sacral Ou Do Nervo Gênsito-Femoral	SIM	SIM
3.13.07.116	Omentectomia	SIM	SIM
3.13.07.124	Ressecção De Tumor De Parede Abdominal Pélvica	SIM	SIM
3.13.07.132	Ressecção Ou Ligadura De Varizes Pélvicas	SIM	SIM
3.13.07.140	Secção De Ligamentos Útero-Sacros	SIM	SIM
3.13.07.159	Câncer De Ovário (Debulking) Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.07.167	Cirurgia Laparoscópica Do Prolapso De Cúpula Vaginal (Fixação Sacral Ou No Ligamento Sacro-Espinhoso)	SIM	SIM
3.13.07.183	Endometriose Peritoneal - Tratamento Cirúrgico Via Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.07.205	Liberção Laparoscópica De Aderências Pélvicas Com Ou Sem Ressecção De Cistos Peritoneais Ou Salpingólise	SIM	SIM
3.13.07.221	Ligamentopexia Pélvica Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.07.248	Omentectomia Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.07.264	Ressecção Ou Ligadura Laparoscópica De Varizes Pélvicas	SIM	SIM
3.13.07.272	Secção Laparoscópica De Ligamentos Útero-Sacros	SIM	SIM
3.13.07.280	Endometriose - Tratamento Cirúrgico Via Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.09.011	Amniorredução Ou Amnioinfusão	SIM	SIM
3.13.09.020	Aspiração Manual Intra-Uterina (Amiu) Pós-Abortamento	SIM	SIM
3.13.09.038	Assistência Ao Trabalho De Parto, Por Hora (Até O Limite De 6 Horas). Não Deverá Ser Considerado Se O Parto Ocorrer Na Primeira Hora Após O Início Da Assistência. Após A Primeira Hora, Além Da Assistência, Remunera-Se O Parto (Via Baixa Ou Cesariana)	SIM	SIM
3.13.09.046	Cerclagem Do Colo Uterino (Qualquer Técnica)	SIM	SIM
3.13.09.054	Cesariana	SIM	SIM
3.13.09.062	Curetagem Pós-Abortamento	SIM	SIM
3.13.09.070	Derivações Em Cirurgia Fetal	SIM	SIM
3.13.09.089	Gravidez Ectópica - Cirurgia	SIM	SIM
3.13.09.097	Maturação Cervical Para Indução De Abortamento Ou De Trabalho De Parto	SIM	SIM
3.13.09.100	Inversão Uterina Aguda - Redução Manual	SIM	SIM
3.13.09.119	Inversão Uterina - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.13.09.127	Parto (Via Vaginal)	SIM	SIM
3.13.09.135	Parto Múltiplo (Cada Um Subsequente Ao Inicial)	SIM	SIM
3.13.09.151	Revisão Obstétrica De Parto Ocorrido Fora Do Hospital (Inclui Exame, Dequitação E Sutura De Lacerações Até De 2º Grau)	SIM	SIM
3.13.09.178	Versão Cefálica Externa	SIM	SIM
3.13.09.186	Gravidez Ectópica - Cirurgia Laparoscópica	SIM	SIM
3.13.09.232	Intervenção Do Obstetra Na Cirurgia Fetal A Céu Aberto	SIM	SIM
3.14.01.015	Biópsia Estereotóxica De Encéfalo	SIM	SIM
3.14.01.031	Cirurgia Intracraniana Por Via Endoscópica	SIM	SIM
3.14.01.040	Craniotomia Para Remoção De Corpo Estranho	SIM	SIM
3.14.01.058	Derivação Ventricular Externa	SIM	SIM
3.14.01.066	Drenagem Estereotóxica - Cistos, Hematomas Ou Abscessos	SIM	SIM
3.14.01.074	Hipofisectomia Por Qualquer Método	SIM	SIM
3.14.01.082	Implante De Cateter Intracraniano	SIM	SIM
3.14.01.090	Implante De Eletrodo Cerebral Profundo	SIM	SIM
3.14.01.104	Implante De Eletrodos Cerebral Ou Medular	SIM	SIM
3.14.01.112	Implante Estereotóxico De Cateter Para Braquiterapia	SIM	SIM
3.14.01.120	Implante Intratecal De Bombas Para Infusão De Fármacos	SIM	SIM

3.14.01.139	Localização Estereotáxica De Corpo Estranho Intracraniano Com Remoção	SIM	SIM
3.14.01.147	Localização Estereotáxica De Lesões Intracranianas Com Remoção	SIM	SIM
3.14.01.155	Microcirurgia Para Tumores Intracranianos	SIM	SIM
3.14.01.163	Microcirurgia Por Via Transesfenoidal	SIM	SIM
3.14.01.171	Microcirurgia Vascular Intracraniana	SIM	SIM
3.14.01.198	Punção Subdural Ou Ventricular Transfontanela	SIM	SIM
3.14.01.201	Ressecção De Mucoccele Frontal	SIM	SIM
3.14.01.228	Revisão De Sistema De Neuroestimulação	SIM	SIM
3.14.01.236	Sistema De Derivação Ventricular Interna Com Válvulas Ou Revisões	SIM	SIM
3.14.01.244	Terceiro Ventriculostomia	SIM	SIM
3.14.01.252	Tratamento Cirúrgico Da Epilepsia	SIM	SIM
3.14.01.260	Tratamento Cirúrgico Da Fístula Liquórica	SIM	SIM
3.14.01.279	Tratamento Cirúrgico Da Meningoencefaloccele	SIM	SIM
3.14.01.287	Tratamento Cirúrgico De Tumores Cerebrais Sem Microscopia	SIM	SIM
3.14.01.295	Tratamento Cirúrgico Do Abscesso Encefálico	SIM	SIM
3.14.01.309	Tratamento Cirúrgico Do Hematoma Intracraniano	SIM	SIM
3.14.01.333	Tratamento Pré-Natal Das Hidrocefalias E Cistos Cerebrais	SIM	SIM
3.14.01.341	Acesso Endoscópico Ao Tratamento Cirúrgico Dos Tumores Da Região Sellar	SIM	SIM
3.14.01.350	Implantação De Halo Para Radiocirurgia	SIM	SIM
3.14.02.011	Cordotomia-Mielotomias Por Radiofrequência	SIM	SIM
3.14.02.020	Lesão De Substância Gelatinosa Medular [Drez] Por Radiofrequência	SIM	SIM
3.14.02.038	Tampão Sanguíneo Peridural Para Tratamento De Cefaléia Após Punção [Não Indicada Na Profilaxia Da Cefaléia]	SIM	SIM
3.14.03.018	Biópsia De Nervo	NÃO	SIM
3.14.03.026	Bloqueio De Nervo Periférico - Nervos Periféricos	SIM	SIM
3.14.03.034	Denervação Percutânea De Faceta Articular - Por Segmento	SIM	SIM
3.14.03.042	Enxerto De Nervo	SIM	SIM
3.14.03.050	Enxerto De Nervo Interfascicular, Pediculado [1º Estágio]	SIM	SIM
3.14.03.069	Enxerto De Nervo Interfascicular, Pediculado [2º Estágio]	SIM	SIM
3.14.03.077	Enxerto Interfascicular De Nervo Vascularizado	SIM	SIM
3.14.03.085	Enxerto Interfascicular	SIM	SIM
3.14.03.093	Enxerto Para Reparo De 2 Ou Mais Nervos	SIM	SIM
3.14.03.107	Excisão De Tumores De Nervos Periféricos Com Enxerto Interfascicular	SIM	SIM
3.14.03.115	Excisão De Tumores Dos Nervos Periféricos	SIM	SIM
3.14.03.123	Exploração Cirúrgica De Nervo [Neurólise Externa]	SIM	SIM
3.14.03.131	Extirpação De Neuroma	SIM	SIM
3.14.03.140	Implante De Gerador Para Neuroestimulação	SIM	SIM
3.14.03.158	Lesão De Nervos Associada À Lesão Óssea - Tratamento Cirúrgico	SIM	SIM
3.14.03.166	Lesão Estereotáxica De Estruturas Profundas Para Tratamento Da Dor Ou Movimento Anormal	SIM	SIM
3.14.03.174	Microcirurgia Do Plexo Braquial Com A Exploração, Neurólise E Enxertos Interfasciculares Para Reparo Das Lesões	SIM	SIM
3.14.03.182	Microcirurgia Do Plexo Braquial Com Exploração E Neurólise	SIM	SIM
3.14.03.204	Microneurólise Intraneural Ou Intrafascicular De Um Nervo	SIM	SIM
3.14.03.212	Microneurólise Intraneural Ou Intrafascicular De Dois Ou Mais Nervos	SIM	SIM
3.14.03.220	Microneurólise Múltiplas	SIM	SIM
3.14.03.239	Microneurólise Única	SIM	SIM
3.14.03.255	Microneurorrafia De Dedos Da Mão	SIM	SIM
3.14.03.263	Microneurorrafia Múltipla [Plexo Nervoso]	SIM	SIM

3.14.03.271	Microneurorrafia Única	SIM	SIM
3.14.03.280	Neurólise Das Síndromes Compressivas	SIM	SIM
3.14.03.298	Neurotripsia [Cada Extremidade]	SIM	SIM
3.14.03.301	Reposição De Fármaco[S] Em Bombas Implantadas	SIM	SIM
3.14.03.310	Ressecção De Neuroma	SIM	SIM
3.14.03.328	Revisão De Sistema Implantados Para Infusão De Fármacos	SIM	SIM
3.14.03.336	Rizotomia Percutânea Por Segmento - Qualquer Método	SIM	SIM
3.14.03.344	Simpatectomia	SIM	SIM
3.14.03.352	Transposição De Nervo	SIM	SIM
3.14.03.360	Tratamento Microcirúrgico Das Neuropatias Compressivas (Tumoral, Inflamatório, Etc)	SIM	SIM
3.14.03.379	Simpatectomia Por Videotoracosopia	SIM	SIM
3.14.04.014	Descompressão Vascular De Nervos Cranianos	SIM	SIM
3.14.04.022	Neurotomia Seletiva Do Trigêmio	SIM	SIM
3.14.05.010	Bloqueio Do Sistema Nervoso Autônomo	SIM	SIM
3.14.05.029	Tratamento Cirúrgico De Lesão Do Sistema Nervoso Autônomo - Qualquer Método	SIM	SIM
3.14.05.037	Tratamento Cirúrgico Da Síndrome Do Desfiladeiro Cérvico Torácico	SIM	SIM
3.15.01.010	Transplante De Córnea	SIM	SIM
3.15.01.028	Retirada Para Transplante - Córnea	SIM	SIM
3.15.06.011	Transplante Renal [Receptor]	SIM	SIM
3.15.06.038	Nefrectomia Em Doador Vivo - Para Transplante	SIM	SIM
3.15.06.046	Nefrectomia Laparoscópica Em Doador Vivo - Para Transplante	SIM	SIM
3.16.01.014	Acupuntura Por Sessão	NÃO	SIM
3.16.02.029	Analgesia Por Dia Subsequente. Acompanhamento De Analgesia Por Cateter Peridural	SIM	SIM
3.16.02.037	Anestesia Geral Ou Conduativa Para Realização De Bloqueio Neurolítico	SIM	SIM
3.16.02.045	Bloqueio Anestésico De Nervos Cranianos	SIM	SIM
3.16.02.053	Bloqueio Anestésico De Plexo Celíaco	SIM	SIM
3.16.02.061	Bloqueio Anestésico De Simpático Lombar	SIM	SIM
3.16.02.070	Bloqueio Anestésico Simpático	SIM	SIM
3.16.02.088	Bloqueio De Articulação Têmporo-Mandibular	SIM	SIM
3.16.02.096	Bloqueio De Gânglio Estrelado Com Anestésico Local	SIM	SIM
3.16.02.100	Bloqueio De Gânglio Estrelado Com Neurolítico	SIM	SIM
3.16.02.118	Bloqueio De Nervo Periférico - Bloqueios Anestésicos De Nervos E Estímulos Neurovasculares	SIM	SIM
3.16.02.126	Bloqueio Facetário Para-Espinhoso	SIM	SIM
3.16.02.134	Bloqueio Neurolítico De Nervos Cranianos Ou Cérvico-Torácico	SIM	SIM
3.16.02.142	Bloqueio Neurolítico Do Plexo Celíaco, Simpático Lombar Ou Torácico	SIM	SIM
3.16.02.150	Bloqueio Neurolítico Peridural Ou Subaracnóideo	SIM	SIM
3.16.02.169	Bloqueio Peridural Ou Subaracnóideo Com Corticóide	SIM	SIM
3.16.02.177	Bloqueio Simpático Por Via Venosa	SIM	SIM
3.16.02.185	Estimulação Elétrica Transcutânea	SIM	SIM
3.16.02.207	Instalação De Bomba De Infusão Para Analgesia Em Dor Aguda Ou Crônica, Por Qualquer Via	SIM	SIM
3.16.02.223	Passagem De Catêter Peridural Ou Subaracnóideo Com Bloqueio De Prova	SIM	SIM
3.16.02.231	Anestesia Para Endoscopia Diagnóstica	SIM	SIM
3.16.02.240	Anestesia Para Endoscopia Intervencionista	SIM	SIM
3.16.02.258	Anestesia Para Exames Radiológicos De Angiorradiologia	SIM	SIM
3.16.02.266	Anestesia Para Exames De Ultrassonografia	SIM	SIM

3.16.02.274	Anestesia Para Exames De Tomografia Computadorizada	SIM	SIM
3.16.02.282	Anestesia Para Exames De Ressonância Magnética	SIM	SIM
3.16.02.290	Anestesia Para Procedimentos De Radioterapia	SIM	SIM
3.16.02.304	Anestesia Para Exames Específicos, Teste Para Diagnóstico E Outros Procedimentos Diagnósticos	SIM	SIM
3.16.02.312	Anestesia Para Procedimentos Clínicos Ambulatoriais E Hospitalares	SIM	SIM
3.16.02.320	Anestesia Para Procedimentos De Medicina Nuclear	SIM	SIM
3.16.02.339	Bloqueio Anestésico De Plexos Nervosos (Lombossacro, Braquial, Cervical) Para Tratamento De Dor	SIM	SIM
4.01.01.010	Ecg Convencional De Até 12 Derivações	NÃO	SIM
4.01.01.029	Ecg De Alta Resolução	NÃO	SIM
4.01.01.037	Teste Ergométrico Computadorizado (Inclui Ecg Basal Convencional)	NÃO	SIM
4.01.01.045	Teste Ergométrico Convencional - 3 Ou Mais Derivações Simultâneas (Inclui Ecg Basal Convencional)	NÃO	SIM
4.01.01.053	Variabilidade Da Frequência Cardíaca	NÃO	SIM
4.01.01.061	Ergoespiometria Ou Teste Cardiopulmonar De Exercício Completo (Espiometria Forçada, Consumo De O2, Produção De Co2 E Derivados, Ecg, Oximetria)	NÃO	SIM
4.01.02.025	Manometria Computadorizada Anorretal	NÃO	SIM
4.01.02.033	Manometria Computadorizada Anorretal Para Biofeedback - 1ª Sessão	NÃO	SIM
4.01.02.041	Manometria Computadorizada Anorretal Para Biofeedback - Demais Sessões	NÃO	SIM
4.01.02.050	Manometria Esofágica Computadorizada Com Teste Provocativo	NÃO	SIM
4.01.02.068	Manometria Esofágica Computadorizada Sem Teste Provocativo	NÃO	SIM
4.01.02.076	Manometria Esofágica Para Localização Dos Esfincteres Pré-Ph-Metria	NÃO	SIM
4.01.02.084	Ph-Metria Esofágica Computadorizada Com Um Canal	NÃO	SIM
4.01.02.092	Ph-Metria Esofágica Computadorizada Com Dois Canais	NÃO	SIM
4.01.02.106	Ph-Metria Esofágica Computadorizada Com Três Canais	NÃO	SIM
4.01.02.122	Ph-Metria Gástrica De 24 Horas Com Quatro Canais	NÃO	SIM
4.01.02.130	Ph-Metria Esofágica De 24 Horas Com Quatro Canais	NÃO	SIM
4.01.03.013	Análise Computadorizada Da Voz	NÃO	SIM
4.01.03.056	Potencial Evocado Estacionário (Steady State)	NÃO	SIM
4.01.03.064	Audiometria De Tronco Cerebral (Pea) Bera	NÃO	SIM
4.01.03.072	Audiometria Tonal Limiar Com Testes De Discriminação	NÃO	SIM
4.01.03.080	Audiometria Tonal Limiar Infantil Condicionada (Qualquer Técnica) - Peep-Show	NÃO	SIM
4.01.03.099	Audiometria Vocal - Pesquisa De Limiar De Discriminação	NÃO	SIM
4.01.03.102	Audiometria Vocal - Pesquisa De Limiar De Inteligibilidade	NÃO	SIM
4.01.03.110	Audiometria Vocal Com Mensagem Competitiva (Ssi, Ssw)	NÃO	SIM
4.01.03.137	Campimetria Computadorizada - Monocular	NÃO	SIM
4.01.03.161	Decay Do Reflexo Estapêdico	NÃO	SIM
4.01.03.170	Eeg De Rotina	NÃO	SIM
4.01.03.188	Eeg Intra-Operatório Para Monitorização Cirúrgica (Eeg/Io) - Por Hora De Monitorização	SIM	SIM
4.01.03.196	Eegq Quantitativo (Mapeamento Cerebral)	SIM	SIM
4.01.03.200	Eletrencefalograma Especial: Terapia Intensiva, Morte Encefálica, Eeg Prolongado (Até 2 Horas)	NÃO	SIM
4.01.03.234	Eletrencefalograma Em Vigília, E Sono Espontâneo Ou Induzido	NÃO	SIM
4.01.03.242	Eletro-Oculografia - Monocular	NÃO	SIM
4.01.03.250	Eletro-Retinografia - Monocular	NÃO	SIM
4.01.03.269	Eletrococleografia (Ecochg)	NÃO	SIM
4.01.03.277	Eletrocorticografia Intra-Operatória (Ecog) - Por Hora De Monitorização	SIM	SIM
4.01.03.285	Eletroglotografia	NÃO	SIM

4.01.03.307	Eletroneuromiografia (Velocidade De Condução) Testes De Estímulos Para Paralisia Facial	SIM	SIM
4.01.03.315	Eletroneuromiografia De Mmii	SIM	SIM
4.01.03.323	Eletroneuromiografia De Mmss	SIM	SIM
4.01.03.331	Eletroneuromiografia De Mmss E Mmii	SIM	SIM
4.01.03.340	Eletroneuromiografia De Segmento Complementar	SIM	SIM
4.01.03.358	Eletroneuromiografia De Segmento Especial	SIM	SIM
4.01.03.366	Eletroneuromiografia Genitoperineal	SIM	SIM
4.01.03.374	Emg Com Registro De Movimento Involuntário (Teste Dinâmico De Escrita	SIM	SIM
4.01.03.382	Emg Para Monitoração De Quimodenervação (Por Sessão)	SIM	SIM
4.01.03.390	Emg Quantitativa Ou Emg De Fibra Única	SIM	SIM
4.01.03.404	Espectrografia Vocal	NÃO	SIM
4.01.03.412	Gustometria	NÃO	SIM
4.01.03.439	Impedanciometria	NÃO	SIM
4.01.03.447	Método De Proetz (Por Sessão)	NÃO	SIM
4.01.03.455	Otoemissões Acústicas Produto De Distorção	NÃO	SIM
4.01.03.463	Otoemissões Evocadas Transientes	NÃO	SIM
4.01.03.480	Pesquisa De Pares Cranianos Relacionados Com O Viii Par	NÃO	SIM
4.01.03.498	Potencial Evocado Auditivo De Tronco Cerebral (Pea-Tc)	NÃO	SIM
4.01.03.501	Pesquisa Do Fenômeno De Tullio	NÃO	SIM
4.01.03.510	Poligrafia De Recém-Nascido (Maior Ou Igual 2 Horas) (Pg/Rn)	NÃO	SIM
4.01.03.528	Polissonografia De Noite Inteira (Psg) (Inclui Polissonogramas)	NÃO	SIM
4.01.03.536	Polissonograma Com Eeg De Noite Inteira	NÃO	SIM
4.01.03.544	Polissonograma Com Teste De Cpap Nasal	NÃO	SIM
4.01.03.560	Potencial Evocado - P300	NÃO	SIM
4.01.03.579	Potencial Evocado Auditivo De Média Latência (Pea-MI) Bilateral	NÃO	SIM
4.01.03.587	Potencial Somato-Sensitivo Para Localização Funcional Da Área Central (Monitorização Por Hora) Até 3 Horas	NÃO	SIM
4.01.03.595	Potencial Evocado Gêrito-Cortical (Pegc)	NÃO	SIM
4.01.03.609	Potencial Evocado Motor - Pem (Bilateral)	NÃO	SIM
4.01.03.617	Potencial Evocado Somato-Sensitivo - Membros Inferiores (Pess)	NÃO	SIM
4.01.03.625	Potencial Evocado Somato-Sensitivo - Membros Superiores (Pess)	NÃO	SIM
4.01.03.633	Potencial Evocado Visual (Pev)	NÃO	SIM
4.01.03.641	Provas De Função Tubária	NÃO	SIM
4.01.03.650	Registro Do Nistagmo Pendular	NÃO	SIM
4.01.03.668	Rinomanometria Computadorizada	NÃO	SIM
4.01.03.714	Teste De Estimulação Repetitiva (Um Ou Mais Músculos)	NÃO	SIM
4.01.03.722	Teste De Fístula Perilinfática Com Eletronistagmografia	NÃO	SIM
4.01.03.730	Teste De Latências Múltiplas De Sono (Tlms) Diurno Pós Psg	NÃO	SIM
4.01.03.749	Vectoeletronistagmografia - Computadorizada	NÃO	SIM
4.01.03.757	Vídeo-Eletrencefalografia Contínua Não Invasiva - 12 Horas (Vídeo Eeg/Nt)	NÃO	SIM
4.01.03.862	Eletroencefalograma Com Eletrodos Especiais	NÃO	SIM
4.01.03.870	Potencial Evocado Do Nervo Trigêmeo	NÃO	SIM
4.01.03.889	Processamento Auditivo Central Infantil (De 3 A 7 Anos)	NÃO	SIM
4.01.03.897	Processamento Auditivo Central (A Partir Dos 7 Anos E Adulto)	NÃO	SIM
4.01.04.010	Avaliação Muscular Por Dinamometria Computadorizada (Isocinética) - Por Articulação	NÃO	SIM
4.01.04.028	Cronaximetria	NÃO	SIM
4.01.04.036	Curva I/T - Medida De Latência De Nervo Periférico	NÃO	SIM

4.01.04.125	Sistema Tridimensional De Avaliação Do Movimento Que Inclui Vídeo Acoplado À Plataforma Da Força E Eletromiografia	NÃO	SIM
4.01.05.016	Determinação Das Pressões Respiratórias Máximas	NÃO	SIM
4.01.05.024	Determinação Dos Volumes Pulmonares Por Diluição De Gases	NÃO	SIM
4.01.05.032	Determinação Dos Volumes Pulmonares Por Pletismografia	NÃO	SIM
4.01.05.040	Medida Da Difusão Do Monóxido De Carbono	NÃO	SIM
4.01.05.059	Medida De Pico De Fluxo Expiratório	NÃO	SIM
4.01.05.067	Medida Seriada Por 3 Semanas Do Pico De Fluxo Expiratório	NÃO	SIM
4.01.05.075	Prova De Função Pulmonar Completa [Ou Espirometria]	NÃO	SIM
4.01.05.083	Resistência Das Vias Aéreas Por Oscilometria	NÃO	SIM
4.01.05.091	Resistência Das Vias Aéreas Por Pletismografia	NÃO	SIM
4.01.05.148	Espirometria	NÃO	SIM
4.02.01.015	Amnioscopia	SIM	SIM
4.02.01.023	Anuscopia [Interna E Externa]	SIM	SIM
4.02.01.031	Broncoscopia Com Biópsia Transbrônquica	SIM	SIM
4.02.01.058	Broncoscopia Com Ou Sem Aspirado Ou Lavado Brônquico Bilateral	SIM	SIM
4.02.01.066	Cistoscopia E/Ou Uretroscopia	SIM	SIM
4.02.01.074	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica	SIM	SIM
4.02.01.082	Colonoscopia [Inclui A Retossigmoidoscopia]	SIM	SIM
4.02.01.090	Colonoscopia Com Magnificação	SIM	SIM
4.02.01.104	Ecoendoscopia Alta	SIM	SIM
4.02.01.112	Ecoendoscopia Baixa	SIM	SIM
4.02.01.120	Endoscopia Digestiva Alta	SIM	SIM
4.02.01.139	Endoscopia Digestiva Alta Com Magnificação	SIM	SIM
4.02.01.147	Enteroscopia	SIM	SIM
4.02.01.155	Histeroscopia Diagnóstica Com Biópsia	SIM	SIM
4.02.01.163	Laparoscopia	SIM	SIM
4.02.01.171	Retossigmoidoscopia Flexível	SIM	SIM
4.02.01.180	Retossigmoidoscopia Rígida	SIM	SIM
4.02.01.198	Vídeo-Endoscopia Do Esfíncter Velo-Palatino Com Ótica Flexível	SIM	SIM
4.02.01.201	Vídeo-Endoscopia Do Esfíncter Velo-Palatino Com Ótica Rígida	SIM	SIM
4.02.01.210	Vídeo-Endoscopia Naso-Sinusal Com Ótica Flexível	SIM	SIM
4.02.01.228	Vídeo-Endoscopia Naso-Sinusal Com Ótica Rígida	SIM	SIM
4.02.01.236	Vídeo-Laringo-Estroboscopia Com Endoscópio Flexível	SIM	SIM
4.02.01.244	Vídeo-Laringo-Estroboscopia Com Endoscópio Rígido	SIM	SIM
4.02.01.252	Vídeo-Faringo-Laringoscopia Com Endoscópio Flexível	SIM	SIM
4.02.01.260	Vídeo-Faringo-Laringoscopia Com Endoscópio Rígido	SIM	SIM
4.02.01.279	Ureteroscopia Flexível Unilateral	SIM	SIM
4.02.01.287	Ureteroscopia Rígida Unilateral	SIM	SIM
4.02.01.309	Avaliação Endoscópica Da Deglutição [Fees]	SIM	SIM
4.02.01.333	Endoscopia Digestiva Alta Com Cromoscopia	SIM	SIM
4.02.01.350	Colonoscopia Com Cromoscopia	SIM	SIM
4.02.01.368	Broncoscopia Com Cromoscopia	SIM	SIM
4.02.02.011	Aritenoidectomia Microcirúrgica Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.038	Endoscopia Digestiva Alta Com Biópsia E/Ou Citologia	SIM	SIM
4.02.02.046	Biópsias Por Laparoscopia	SIM	SIM
4.02.02.054	Broncoscopia Com Biópsia Transbrônquica Com Acompanhamento Radioscópico	SIM	SIM
4.02.02.062	Cecostomia	SIM	SIM

4.02.02.089	Colagem De Fístula Por Via Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.097	Colocação De Cânula Sob Orientação Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.100	Colocação De Cateter Para Braquiterapia Endobrônquica	SIM	SIM
4.02.02.119	Colocação De Prótese Coledociana Por Via Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.127	Colocação De Prótese Traqueal Ou Brônquica	SIM	SIM
4.02.02.135	Colonoscopia Com Magnificação E Tatuagem	SIM	SIM
4.02.02.143	Descompressão Colônica Por Colonoscopia	SIM	SIM
4.02.02.151	Desobstrução Brônquica Com Laser Ou Eletrocautério	SIM	SIM
4.02.02.160	Desobstrução Brônquica Por Broncoaspiração	SIM	SIM
4.02.02.178	Dilatação De Estenose Laringo-Traqueo-Brônquica	SIM	SIM
4.02.02.186	Dilatação Instrumental Do Esôfago, Estômago Ou Duodeno	SIM	SIM
4.02.02.194	Dilatação Instrumental E Injeção De Substância Medicamentosa Por Endoscopia	SIM	SIM
4.02.02.208	Diverticulotomia – Aparelho Digestivo	SIM	SIM
4.02.02.216	Drenagem Cavitária Por Laparoscopia	SIM	SIM
4.02.02.240	Ecoendoscopia Com Punção Por Agulha	SIM	SIM
4.02.02.259	Esclerose De Varizes De Esôfago, Estômago Ou Duodeno	SIM	SIM
4.02.02.267	Estenostomia Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.283	Gastrostomia Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.291	Hemostasia Mecânica Do Esôfago, Estômago Ou Duodeno	SIM	SIM
4.02.02.305	Hemostasia Térmica Por Endoscopia	SIM	SIM
4.02.02.313	Hemostasias De Cólon	SIM	SIM
4.02.02.330	Injeção De Substância Medicamentosa Por Endoscopia	SIM	SIM
4.02.02.348	Introdução De Prótese No Esôfago	SIM	SIM
4.02.02.356	Jejunostomia Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.364	Laringoscopia Com Microscopia Para Exérese De Pólipo/Nódulo/Papiloma	SIM	SIM
4.02.02.372	Laringoscopia Com Retirada De Corpo Estranho De Laringe/Faringe (Tubo Flexível)	SIM	SIM
4.02.02.399	Laringoscopia/Traqueoscopia Com Exérese De Pólipo/Nódulo/Papiloma	SIM	SIM
4.02.02.410	Laringoscopia/Traqueoscopia Com Retirada De Corpo Estranho (Tubo Rígido)	SIM	SIM
4.02.02.429	Laringoscopia/Traqueoscopia Para Diagnóstico E Biópsia (Tubo Rígido)	SIM	SIM
4.02.02.437	Laringoscopia/Traqueoscopia Para Diagnóstico E Biópsia Com Aparelho Flexível	SIM	SIM
4.02.02.445	Laringoscopia/Traqueoscopia Para Intubação Oro Ou Nasotraqueal	SIM	SIM
4.02.02.453	Ligadura Elástica Do Esôfago, Estômago Ou Duodeno	SIM	SIM
4.02.02.470	Mucosectomia	SIM	SIM
4.02.02.488	Nasofibrolaringoscopia Para Dignóstico E/Ou Biópsia	SIM	SIM
4.02.02.496	Papilotomia Biópsia E/Ou Citologia Biliar E Pancreática	SIM	SIM
4.02.02.500	Papilotomia E Dilatação Biliar Ou Pancreática	SIM	SIM
4.02.02.518	Papilotomia Endoscópica (Para Retirada De Cálculos Coledocianos Ou Drenagem Biliar)	SIM	SIM
4.02.02.526	Papilotomia, Dilatação E Colocação De Prótese Ou Dreno Biliar Ou Pancreático	SIM	SIM
4.02.02.534	Passagem De Sonda Naso-Enteral	SIM	SIM
4.02.02.542	Polipectomia De Cólon (Independente Do Número De Pólipos)	SIM	SIM
4.02.02.550	Polipectomia Do Esôfago, Estômago Ou Duodeno (Independente Do Número De Pólipos)	SIM	SIM
4.02.02.569	Retirada De Corpo Estranho Do Cólon	SIM	SIM
4.02.02.577	Retirada De Corpo Estranho Do Esôfago, Estômago Ou Duodeno	SIM	SIM
4.02.02.585	Retirada De Corpo Estranho No Brônquio Ou Brônquico	SIM	SIM
4.02.02.593	Retirada De Tumor Ou Papiloma Por Broncoscopia	SIM	SIM
4.02.02.607	Tamponamento De Varizes Do Esôfago E Estômago	SIM	SIM

4.02.02.615	Endoscopia Digestiva Alta Com Biópsia E Teste De Urease [Pesquisa Helicobacter Pylori]	SIM	SIM
4.02.02.623	Traqueostomia Por Punção Percutânea	SIM	SIM
4.02.02.631	Tratamento Endoscópico De Hemoptise	SIM	SIM
4.02.02.640	Uretrotomia Endoscópica	SIM	SIM
4.02.02.666	Colonoscopia Com Biópsia E/Ou Citologia	SIM	SIM
4.02.02.674	Colonoscopia Com Dilatação Segmentar	SIM	SIM
4.02.02.682	Retossigmoidoscopia Flexível Com Polipectomia	SIM	SIM
4.02.02.690	Retossigmoidoscopia Flexível Com Biópsia E/Ou Citologia	SIM	SIM
4.02.02.704	Colonoscopia Com Estenostomia	SIM	SIM
4.02.02.712	Colonoscopia Com Mucosectomia	SIM	SIM
4.02.02.720	Retossigmoidoscopia Rígida Com Biópsia E/Ou Citologia	SIM	SIM
4.02.02.739	Retossigmoidoscopia Rígida Com Polipectomia	SIM	SIM
4.02.02.747	Endoscopia Digestiva Alta Com Cromoscopia E Biópsia E/Ou Citologia	SIM	SIM
4.02.02.763	Laringoscopia/Traqueoscopia Com Laser Para Exérese De Papiloma/Tumor	SIM	SIM
4.03.01.010	3-Metil Histidina, Pesquisa E/Ou Dosagem No Soro	NÃO	SIM
4.03.01.028	5-Nucleotidase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.036	Acetaminofen - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.044	Acetilcolinesterase, Em Eritrócitos - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.060	Ácido Ascórbico [Vitamina C] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.087	Ácido Fólico, Pesquisa E/Ou Dosagem Nos Eritrócitos	NÃO	SIM
4.03.01.109	Ácido Láctico [Lactato] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.117	Ácido Orótico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.125	Ácido Oxálico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.133	Ácido Pirúvico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.141	Ácido Siálico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.150	Ácido Úrico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.168	Ácido Valpróico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.184	Ácidos Graxos Livres - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.192	Ácidos Orgânicos [Perfil Quantitativo]	NÃO	SIM
4.03.01.206	Acilcarnitinas [Perfil Qualitativo]	NÃO	SIM
4.03.01.214	Acilcarnitinas [Perfil Quantitativo]	NÃO	SIM
4.03.01.222	Albumina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.230	Aldolase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.249	Alfa-1-Antitripsina, Pesquisa E/Ou Dosagem No Soro	NÃO	SIM
4.03.01.257	Alfa-1-Glicoproteína Ácida - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.265	Alfa-2-Macroglobulina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.273	Alumínio, Pesquisa E/Ou Dosagem No Soro	NÃO	SIM
4.03.01.281	Amilase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.290	Aminoácidos, Fracionamento E Quantificação	NÃO	SIM
4.03.01.303	Amiodarona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.311	Amitriptilina, Nortriptilina [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.320	Amônia - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.346	Antibióticos, Pesquisa E/Ou Dosagem No Soro, Cada	NÃO	SIM
4.03.01.354	Apolipoproteína A [Apo A] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.362	Apolipoproteína B [Apo B] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.370	Barbitúricos, Antidepressivos Tricíclicos [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.389	Beta-Glicuronidase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.01.397	Bilirrubinas [Direta, Indireta E Total] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.400	Cálcio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.419	Cálcio Iônico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.427	Capacidade De Fixação De Ferro - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.435	Carbamazepina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.443	Carnitina Livre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.451	Carnitina Total E Frações - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.460	Caroteno - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.478	Ceruloplasmina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.486	Ciclosporina, Methotrexate - Cada - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.494	Clearance De Ácido Úrico	NÃO	SIM
4.03.01.508	Clearance De Creatinina	NÃO	SIM
4.03.01.516	Clearance De Fosfato	NÃO	SIM
4.03.01.524	Clearance De Uréia	NÃO	SIM
4.03.01.540	Clomipramina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.559	Cloro - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.567	Cobre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.583	Colesterol [Hdl] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.591	Colesterol [Ldl] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.605	Colesterol Total - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.621	Creatina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.630	Creatinina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.648	Creatino Fosfoquinase Total [Ck] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.656	Creatino Fosfoquinase - Fração Mb - Massa - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.664	Creatino Fosfoquinase - Fração Mb - Atividade - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.672	Cromatografia De Aminoácidos [Perfil Qualitativo] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.680	Curva Glicêmica [4 Dosagens] Via Oral Ou Endovenosa	NÃO	SIM
4.03.01.699	Desidrogenase Alfa-Hidroxibutírica - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.702	Desidrogenase Glutâmica - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.729	Desidrogenase Láctica - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.737	Desidrogenase Láctica - Isoenzimas Fracionadas - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.745	Benzodiazepínicos E Similares [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.753	Digitoxina Ou Digoxina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.761	Eletroferese De Proteínas	NÃO	SIM
4.03.01.770	Eletroforese De Glicoproteínas	NÃO	SIM
4.03.01.788	Eletroforese De Lipoproteínas	NÃO	SIM
4.03.01.796	Enolase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.800	Etossuximida - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.818	Fenilalanina, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.826	Fenitoína - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.834	Fenobarbital - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.842	Ferro Sérico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.850	Formaldeído - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.869	Fosfatase Ácida Fração Prostática - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.877	Fosfatase Ácida Total - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.885	Fosfatase Alcalina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.893	Fosfatase Alcalina Com Fracionamento De Isoenzimas - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.907	Fosfatase Alcalina Fração Óssea - Elisa - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.01.915	Fosfatase Alcalina Termo-Estável - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.923	Fosfolípidios - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.931	Fósforo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.940	Fósforo, Prova De Reabsorção Tubular	NÃO	SIM
4.03.01.958	Frutosaminas [Proteínas Glicosiladas] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.966	Frutose - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.974	Galactose - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.982	Galactose 1-Fosfatouridil Transferase, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.01.990	Gama-Glutamil Transferase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.016	Gasometria [Ph, Pco2, Sa, O2, Excesso Base] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.024	Gasometria + Hb + Ht + Na + K + Cl + Ca + Glicose + Lactato [Quando Efetuado No Gasômetro] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.032	Glicemia Após Sobrecarga Com Dextrosol Ou Glicose - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.040	Glicose - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.059	Glicose-6-Fosfato Deidrogenase [G6Fd] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.067	Haptoglobina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.075	Hemoglobina Glicada [A1 Total] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.083	Hemoglobina Plasmática Livre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.091	Hexosaminidase A - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.105	Hidroxiprolina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.113	Homocisteína - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.121	Imipramina - Desipramina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.130	Amilase Ou Alfa-Amilase, Isoenzimas - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.156	Isoniazida - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.164	Lactose, Teste De Tolerância	NÃO	SIM
4.03.02.180	Lidocaina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.199	Lipase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.229	Lítio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.237	Magnésio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.245	Mioglobina, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.270	Osmolalidade - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.288	Oxcarbazepina, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.296	Piruvato Quinase - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.300	Porfirinas Quantitativas [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.318	Potássio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.326	Pré-Albumina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.334	Primidona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.342	Procainamida - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.350	Propanolol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.377	Proteínas Totais - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.385	Proteínas Totais Albumina E Globulina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.393	Quinidina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.407	Reserva Alcalina [Bicarbonato] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.415	Sacarose, Teste De Tolerância	NÃO	SIM
4.03.02.423	Sódio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.431	Succinil Acetona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.458	Tacrolimus - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.474	Teofilina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.02.482	Teste De Tolerância A Insulina Ou Hipoglicemiantes Orais (Até 6 Dosagens)	NÃO	SIM
4.03.02.490	Tirosina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.504	Transaminase Oxalacética (Amino Transferase Aspartato) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.512	Transaminase Pirúvica (Amino Transferase De Alanina) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.520	Transferrina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.539	Triazolam - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.547	Triglicerídeos - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.555	Trimipramina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.563	Tripsina Imuno Reativa (Irt) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.571	Troponina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.580	Uréia - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.598	Urobilinogênio - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.601	Vitamina A, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.610	Vitamina E - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.628	Xilose, Teste De Absorção À	NÃO	SIM
4.03.02.636	Lipídios Totais - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.644	Maltose, Teste De Tolerância	NÃO	SIM
4.03.02.652	Mucopolissacaridose, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.679	Ocitocinase, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.687	Procalcitonina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.695	Colesterol (Vldl) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.709	Teste Oral De Tolerância À Glicose - 2 Dosagens	NÃO	SIM
4.03.02.717	Eletroforese De Proteínas De Alta Resolução	NÃO	SIM
4.03.02.725	Imunofixação - Cada Fração	NÃO	SIM
4.03.02.733	Hemoglobina Glicada (Fração A1C) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.741	Lamotrigina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.750	Perfil Lipídico / Lipidograma (Lipídios Totais, Colesterol, Triglicerídios E Eletroforese Lipoproteínas) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.768	Papp-A - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.776	Peptídeo Natriurético Bnp/Probnp - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.02.830	Vitamina D 25 Hidroxi, Pesquisa E/Ou Dosagem (Vitamina D3)	NÃO	SIM
4.03.03.012	Alfa -1-Antitripsina, (Fezes) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.03.020	Anal Swab, Pesquisa De Oxiúrus	NÃO	SIM
4.03.03.039	Coprológico Funcional (Caracteres, Ph, Digestibilidade, Amônia, Ácidos Orgânicos E Interpretação)	NÃO	SIM
4.03.03.055	Gordura Fecal, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.03.063	Hematoxilina Férrica, Pesquisa De Protozoários Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.071	Identificação De Helmintos, Exame De Fragmentos - Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.080	Larvas (Fezes), Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.03.098	Leucócitos E Hemácias, Pesquisa Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.101	Leveduras, Pesquisa Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.110	Parasitológico - Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.128	Parasitológico, Colheita Múltipla Com Fornecimento Do Líquido Conservante Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.136	Sangue Oculto, Pesquisa Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.03.144	Shistossoma, Pesquisa Ovos Em Fragmentos Mucosa Após Biópsia Retal	NÃO	SIM
4.03.03.152	Substâncias Redutoras Nas Fezes - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.03.160	Tripsina, Prova De (Digestão Da Gelatina)	NÃO	SIM
4.03.03.179	Esteatócrito, Triagem Para Gordura Fecal	NÃO	SIM

4.03.03.187	Estercobilinogênio Fecal, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.03.250	Sangue Oculto Nas Fezes, Pesquisa Imunológica	NÃO	SIM
4.03.03.268	Oograma Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.04.019	Anticoagulante Lúpico, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.027	Anticorpo Anti A E B, Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.035	Anticorpos Antiplaquetários, Citometria De Fluxo	NÃO	SIM
4.03.04.043	Anticorpos Irregulares - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.051	Anticorpos Irregulares, Pesquisa [Meio Salino A Temperatura Ambiente E 37º E Teste Indireto De Coombs]	NÃO	SIM
4.03.04.060	Antitrombina Iii, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.078	Ativador Tissular De Plasminogênio [Tpa] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.086	Cd... [Antígeno De Dif. Celular, Cada Determinação] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.094	Citoquímica Para Classificar Leucemia: Esterase, Fosfatase Leucocitária, Pas, Peroxidase Ou Sb, Etc - Cada	NÃO	SIM
4.03.04.108	Coombs Direto	NÃO	SIM
4.03.04.116	Enzimas Eritrocitárias, [Adenilatoquinase, Desidrogenase Láctica, Fosfofructoquinase, Fosfoglicerato Quinase, Gliceraldeído, 3 - Fosfato Desidrogenase, Glicose Fosfato Isomerase, Glicose 6 - Fosfato Desidrogenase, Glutation Peroxidase, Glut	NÃO	SIM
4.03.04.132	Falcização, Teste De	NÃO	SIM
4.03.04.140	Fator 4 Plaquetário, Dosagens	NÃO	SIM
4.03.04.159	Fator Ii, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.167	Fator Ix, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.175	Fator V, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.183	Fator Viii, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.191	Fator Viii, Dosagem Do Antígeno [Von Willebrand]	NÃO	SIM
4.03.04.205	Fator Viii, Dosagem Do Inibidor	NÃO	SIM
4.03.04.213	Fator X, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.221	Fator Xi, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.230	Fator Xii, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.248	Fator Xiii, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.256	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr [Anti Rho[D] + Anti Rh[C] + Anti Rh[E]	NÃO	SIM
4.03.04.264	Fibrinogênio, Teste Funcional, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.272	Filária, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.280	Grupo Abo, Classificação Reversa - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.299	Grupo Sanguíneo Abo, E Fator Rho [Inclui Du] - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.302	Ham, Teste De [Hemólise Ácida]	NÃO	SIM
4.03.04.310	Heinz, Corpúsculos, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.337	Hematócrito, Determinação Do	NÃO	SIM
4.03.04.345	Hemoglobina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.353	Hemoglobina [Eletroforese] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.361	Hemograma Com Contagem De Plaquetas Ou Frações [Eritrograma, Leucograma, Plaquetas]	NÃO	SIM
4.03.04.370	Hemossedimentação, [Vhs] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.388	Hemossiderina [Siderócitos], Sangue Ou Urina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.418	Leucócitos, Contagem	NÃO	SIM
4.03.04.434	Meta-Hemoglobina, Determinação Da	NÃO	SIM
4.03.04.450	Plaquetas, Teste De Agregação [Por Agente Agregante], Cada	NÃO	SIM
4.03.04.469	Plasminogênio, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.477	Plasmódio, Pesquisa	NÃO	SIM

4.03.04.485	Medula Óssea, Aspiração Para Mielograma Ou Microbiológico	NÃO	SIM
4.03.04.493	Produtos De Degradação Da Fibrina, Qualitativo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.507	Proteína C - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.515	Proteína S, Teste Funcional	NÃO	SIM
4.03.04.523	Protoporfirina Eritrocitária Livre - Zinco - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.531	Prova Do Laço	NÃO	SIM
4.03.04.540	Resistência Globular, Curva De	NÃO	SIM
4.03.04.558	Reticulócitos, Contagem	NÃO	SIM
4.03.04.566	Retração Do Coágulo - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.574	Ristocetina, Co-Fator, Teste Funcional, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.582	Tempo De Coagulação - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.590	Tempo De Protrombina - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.612	Tempo De Sangramento De Ivy - Deteminação	NÃO	SIM
4.03.04.620	Tempo De Trombina - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.639	Tempo De Tromboplastina Parcial Ativada - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.647	Tripanossoma, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.04.655	Tromboelastograma - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.671	Anticorpo Antimieloperoxidase, Mpo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.680	Fator Vii - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.698	Fator Xiii, Dosagem, Teste Funcional	NÃO	SIM
4.03.04.701	Imunofenotipagem Para Doença Residual Mínima [*]	NÃO	SIM
4.03.04.710	Imunofenotipagem Para Hemoglobinúria Paroxística Noturna [*]	NÃO	SIM
4.03.04.728	Imunofenotipagem Para Leucemias Agudas Ou Síndrome Mielodisplásica [*]	NÃO	SIM
4.03.04.736	Imunofenotipagem Para Linfoma Não Hodgkin / Síndrome Linfoproliferativa Crônica [*]	NÃO	SIM
4.03.04.752	Fator Ix, Dosagem Do Inibidor	NÃO	SIM
4.03.04.760	Inibidor Dos Fatores Da Hemostasia, Triagem	NÃO	SIM
4.03.04.787	Proteína S Livre, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.809	Consumo De Protrombina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.817	Enzimas Eritrocitárias, Rastreio Para Deficiência	NÃO	SIM
4.03.04.825	Esplenograma [Citologia]	NÃO	SIM
4.03.04.850	Hemoglobinopatia - Triagem (El.Hb., Hemoglob. Fetal. Reticulócitos, Corpos De H, T. Falcização Hemácias, Resist. Osmótica, Termo Estabilidade)	NÃO	SIM
4.03.04.876	Sulfo-Hemoglobina, Determinação Da	NÃO	SIM
4.03.04.884	Coombs Indireto	NÃO	SIM
4.03.04.892	Mielograma	NÃO	SIM
4.03.04.906	Dímero D - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.914	Tempo De Sangramento [Duke] - Determinação	NÃO	SIM
4.03.04.922	Coagulograma [Ts, Tc, Prova Do Laço, Retração Do Coágulo, Contagem De Plaquetas, Tempo De Protombina, Tempo De Tromboplastina, Parcial Ativado] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.04.930	Baço, Exame De Esfregaço De Aspirado	NÃO	SIM
4.03.04.949	Linfonodo, Exame De Esfregaço De Aspirado	NÃO	SIM
4.03.05.015	1,25-Dihidroxi Vitamina D - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.066	17-Cetosteróides [17-Cts] - Cromatografia - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.074	17-Cetosteróides Relação Alfa/Beta - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.082	17-Cetosteróides Totais [17-Cts] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.090	17-Hidroxipregnenolona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.112	Ácido 5 Hidróxi Indol Acético, Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.05.120	Ácido Homo Vanílico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.05.163	Amp Cíclico – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.210	Cortisol Livre – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.228	Curva Glicêmica (6 Dosagens) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.236	Curva Insulínica (6 Dosagens) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.279	Dosagem De Receptor De Progesterona Ou De Estrogênio	NÃO	SIM
4.03.05.287	Enzima Conversora Da Angiotensina (Eca) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.295	Eritropoietina – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.341	Gad–Ab–Antidescarboxilase Do Ácido – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.368	Glucagon, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.384	Hormônio Antidiurético (Vasopressina) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.406	Igf Bp3 (Proteína Ligadora Dos Fatores De Crescimento Insulin-Like) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.449	N-Telopeptídeo – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.465	Paratormônio – Pth Ou Fração (Cada) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.503	Pregnandiol – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.546	Prova Do Lh–Rh, Dosagem Do Fsh Sem Fornecimento De Medicamento (Cada)	NÃO	SIM
4.03.05.554	Prova Do Lh–Rh, Dosagem Do Lh Sem Fornecimento De Medicamento (Cada)	NÃO	SIM
4.03.05.562	Prova Do Trh–Hpr, Dosagem Do Hpr Sem Fornecimento Do Material (Cada)	NÃO	SIM
4.03.05.570	Prova Do Trh–Tsh, Dosagem Do Tsh Sem Fornecimento Do Material (Cada)	NÃO	SIM
4.03.05.589	Prova Para Diabete Insípido (Restrição Hídrica Nacl 3% Vasopressina)	NÃO	SIM
4.03.05.597	Estrogênios Totais (Fenolesteróides) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.627	Provas De Função Tireoideana (T3, T4, Índices E Tsh)	NÃO	SIM
4.03.05.740	11-Desoxicorticosterona – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.767	Hormônio Gonodotrofico Corionico Quantitativo (Hcg–Beta–Hcg) – Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.775	Macroprolactina – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.05.783	17-Hidroxicorticosteróides (17–Ohs) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.011	Adenovírus, Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.020	Adenovírus, Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.046	Anticandida – Igg E Igm (Cada) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.054	Anti-Actina – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.062	Anti-Dna – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.070	Anti-Jo1 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.089	Anti-La/Ssb – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.097	Anti-Lkm-1 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.100	Anti-Rnp – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.119	Anti-Ro/Ssa – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.127	Anti-Sm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.135	Anticardiolipina – Iga – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.143	Anticardiolipina – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.151	Anticardiolipina – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.160	Anticentrômero – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.194	Anticorpo Antivírus Da Hepatite E (Total) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.208	Anticorpos Anti-Ilhota De Langherans – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.216	Anticorpos Anti-Influenza A, Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.224	Anticorpos Anti-Influenza A, Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.232	Anticorpos Anti-Influenza B, Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.240	Anticorpos Anti-Influenza B, Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.259	Anticorpos Antiendomisio – Igg, Igm, Iga (Cada) – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.06.267	Anticorpos Naturais – Isoaglutininas, Pesquisas	NÃO	SIM
4.03.06.275	Anticorpos Naturais – Isoaglutininas, Titulação	NÃO	SIM
4.03.06.283	Anticortex Supra-Renal – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.291	Antiescleroderma [Scl 70] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.305	Antigliadina [Glúten] – Iga – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.313	Antigliadina [Glúten] – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.330	Antimembrana Basal – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.348	Antimicrosomal – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.356	Antimitocondria – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.364	Antimitocondria, M2 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.372	Antimúsculo Cardíaco – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.380	Antimúsculo Estriado – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.399	Antimúsculo Liso – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.402	Antineutrófilos [Anca] C – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.410	Antineutrófilos [Anca] P – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.429	Antiparietal – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.437	Antiperoxidase Tireoideana – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.445	Aslo – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.453	Aspergillus, Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.06.461	Aidez De Igg Para Toxoplasmose, Citomegalia, Rubéola, Eb E Outros, Cada – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.470	Beta-2-Microglobulina – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.488	Biotinidase Atividade Da, Qualitativo – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.496	Blastomicose, Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.06.500	Brucela – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.518	Brucela – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.534	C1Q – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.542	C3 Proativador – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.550	C3A [Fator B] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.593	Caxumba, Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.607	Caxumba, Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.615	Chagas Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.623	Chagas Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.631	Chlamydia – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.640	Chlamydia – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.658	Cisticercose, Ac – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.666	Citomegalovírus Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.674	Citomegalovírus Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.682	Clostridium Difficile, Toxina A – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.690	Complemento C2 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.704	Complemento C3 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.712	Complemento C4 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.739	Complemento Ch-100 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.747	Complemento Ch-50 – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.755	Crio-Aglutinina, Globulina, Dosagem, Cada	NÃO	SIM
4.03.06.763	Crio-Aglutinina, Globulina, Pesquisa, Cada	NÃO	SIM
4.03.06.771	Cross Match [Prova Cruzada De Histocompatibilidade Para Transplante Renal]	NÃO	SIM
4.03.06.780	Cultura Ou Estimulação Dos Linfócitos In Vitro Por Concanavalina, Pha Ou Pokweed	NÃO	SIM

4.03.06.798	Dengue - Igg E Igm [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.801	Echovirus [Painel] Sorologia Para	NÃO	SIM
4.03.06.810	Equinococose [Hidatidose], Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.06.852	Fator Antinúcleo, [Fan] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.860	Fator Reumatóide, Quantitativo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.879	Filaria Sorologia - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.887	Genotipagem Do Sistema Hla	NÃO	SIM
4.03.06.895	Giardia, Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.06.909	Helicobacter Pylori - Iga - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.917	Helicobacter Pylori - Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.925	Helicobacter Pylori - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.933	Hepatite A - Hav - Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.941	Hepatite A - Hav - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.950	Hepatite B - Hbcac - Igg [Anti-Core Igg Ou Acoreg] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.968	Hepatite B - Hbcac - Igm [Anti-Core Igm Ou Acorem] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.976	Hepatite B - Hbeac [Anti Hbe] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.984	Hepatite B - Hbeag [Antígeno E] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.06.992	Hepatite B - Hbsac [Anti-Antígeno De Superfície] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.018	Hepatite B - Hbsag [Au, Antígeno Austrália] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.026	Hepatite C - Anti-Hcv - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.034	Hepatite C - Anti-Hcv - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.042	Hepatite C - Imunoblot - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.050	Hepatite Delta, Anticorpo Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.069	Hepatite Delta, Anticorpo Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.077	Hepatite Delta, Antígeno - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.085	Herpes Simples - Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.093	Herpes Simples - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.107	Herpes Zoster - Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.115	Herpes Zoster - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.123	Hipersensibilidade Retardada [Intradermo Reação Ider] Candidina, Caxumba, Estreptoquinase-Dornase, Ppd, Tricofitina, Vírus Vacinal, Outro[S], Cada	NÃO	SIM
4.03.07.140	Histona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.158	Histoplasmose, Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.07.166	Hiv - Antígeno P24 - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.174	Hiv1 Ou Hiv2, Pesquisa De Anticorpos	NÃO	SIM
4.03.07.182	Hiv1+ Hiv2, [Determinação Conjunta], Pesquisa De Anticorpos	NÃO	SIM
4.03.07.190	Hla-Dr - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.204	Hla-Dr+Dq - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.212	Htlv1 Ou Htlv2 Pesquisa De Anticorpo [Cada]	NÃO	SIM
4.03.07.220	Iga - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.247	Igd - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.255	Ige, Grupo Específico, Cada - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.263	Ige, Por Alérgeno [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.271	Ige, Total - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.280	Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.298	Igg, Subclasses 1,2,3,4 [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.301	Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.336	Imunoelektroforese [Estudo Da Gamopatia] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.07.344	Inibidor De C1 Esterase – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.352	Isospora, Pesquisa De Antígeno – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.387	Legionella – Igg E Igm [Cada] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.395	Leishmaniose – Igg E Igm [Cada] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.409	Leptospirose – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.417	Leptospirose – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.425	Leptospirose, Aglutinação – Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.07.433	Linfócitos T Helper Contagem De [If Com Okt-4] [Cd-4+] Citometria De Fluxo	NÃO	SIM
4.03.07.441	Linfócitos T Supressores Contagem De [If Com Okt-8] [D-8] Citometria De Fluxo	NÃO	SIM
4.03.07.450	Listeriose, Reação Sorológica	NÃO	SIM
4.03.07.468	Lyme – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.476	Lyme – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.484	Malária – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.492	Malária – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.522	Micoplasma Pneumoniae – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.530	Micoplasma Pneumoniae – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.565	Mononucleose – Epstein Barr – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.573	Mononucleose, Anti-Vca [Ebv] Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.581	Mononucleose, Anti-Vca [Ebv] Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.603	Outros Testes Bioquímicos Para Determinação Do Risco Fetal [Cada]	NÃO	SIM
4.03.07.611	Parvovírus – Igg, Igm [Cada] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.620	Peptídio Intestinal Vasoativo, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.638	Ppd [Tuberculina], Ider	NÃO	SIM
4.03.07.689	Reação Sorológica Para Coxsackie, Neutralização Igg	NÃO	SIM
4.03.07.697	Rubéola – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.700	Rubéola – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.719	Schistosomose – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.727	Schistosomose – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.735	Sífilis – Fta-Abs-Igg – Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.07.743	Sífilis – Fta-Abs-Igm – Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.07.751	Sífilis – Tpha – Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.07.760	Sífilis – Vdrl	NÃO	SIM
4.03.07.794	Toxocara Canis – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.808	Toxocara Canis – Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.824	Toxoplasmose Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.832	Toxoplasmose Igm – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.840	Urease, Teste Rápido Para Helicobacter Pylori	NÃO	SIM
4.03.07.859	Vírus Sincicial Respiratório – Elisa – Igg – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.867	Wæaler-Rose [Fator Reumatóide] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.875	Western Blot [Anticorpos Anti-Hiv] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.883	Western Blot [Anticorpos Anti-Htvi Ou Htlvii] [Cada] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.905	Alérgenos – Perfil Antigênico [Painel C/36 Antígenos] – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.948	Antifigado [Glomérulo, Tub. Renal Corte Rim De Rato], Ifi – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.07.964	Chagas, Hemoaglutinação	NÃO	SIM
4.03.07.972	Chagas [Machado Guerreiro]	NÃO	SIM
4.03.07.999	Complemento C3, C4 – Turbid. Ou Nefolométrico C3A – Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.014	Crioglobulinas, Caracterização – Imunoeletroforese	NÃO	SIM

4.03.08.022	Dncb - Teste De Contato	NÃO	SIM
4.03.08.030	Fator Reumatóide, Teste Do Látex [Qualitativo] - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.08.090	Nbt Estimulado	NÃO	SIM
4.03.08.120	Sarampo - Anticorpos Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.138	Sarampo - Anticorpos Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.154	Toxoplasmose - Iga - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.162	Varicela, Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.170	Varicela, Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.235	Her-2 - Dosagem Do Receptor	NÃO	SIM
4.03.08.286	Sífilis Anticorpo Total - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.294	Sífilis Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.308	Amebíase, Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.316	Amebíase, Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.340	Mononucleose, Sorologia Para [Monoteste Ou Paul-Bunnel], Cada	NÃO	SIM
4.03.08.359	Psitacose - Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.367	Psitacose - Igm - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.383	Proteína C Reativa, Qualitativa - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.08.391	Proteína C Reativa, Quantitativa - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.405	Aslo, Quantitativo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.413	Paracoccidiodomicose, Anticorpos Totais / Igg - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.08.529	Anticorpos Antipneumococos	NÃO	SIM
4.03.08.553	Anti Transglutaminase Tecidual - Iga	NÃO	SIM
4.03.08.804	Anticorpos Anti Peptídeo Cíclico Citrulinado - Igg	NÃO	SIM
4.03.08.901	Acetilcolina, Anticorpos Bloqueador Receptor	NÃO	SIM
4.03.09.010	Adenosina De Aminase [Ada] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.029	Bioquímica Icr [Proteínas + Pandy + Glicose + Cloro] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.037	Células, Contagem Total E Específica - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.045	Células, Pesquisa De Células Neoplásicas [Citologia Oncótica] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.053	Criptococose, Cândida, Aspérgilus [Látex] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.061	Eletroforese De Proteínas No Líquor, Com Concentração - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.070	H. Influenzae, S. Pneumoniae, N. Meningitidis A, B E C W135 [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.088	Haemophilus Influenzae - Pesquisa De Anticorpos [Cada]- Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.096	Índice De Imunoprodução [Eletrof. E Igg Em Soro E Líquor] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.09.100	Lcr Ambulatorial Rotina [Aspectos Cor + Índice De Cor + Contagem Global E Específica De Leucócitos E Hemácias + Citologia Oncótica + Proteína + Glicose + Cloro + Eletroforese Com Concentração + Igg + Reações Para Neurocisticercose [2] + Reações	NÃO	SIM
4.03.09.118	Lcr Hospitalar Neurologia [Aspectos Cor + Índices De Cor + Contagem Global E Específica De Leucócitos E Hemácias + Proteína + Glicose + Cloro + Reações Para Neurocisticercose [2] + Reações Para Neurolues [2] + Bacterioscopia + Cultura + Látex Para	NÃO	SIM
4.03.09.126	Lcr Pronto Socorro [Aspectos Cor + Índice De Cor + Contagem Global E Específica De Leucócitos E Hemácias + Proteína + Glicose + Cloro + Lactato + Bacterioscopia + Cultura + Látex Para Bactérias]	NÃO	SIM
4.03.09.134	Pesquisa De Bandas Oligoclonais Por Isofocalização - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.142	Proteína Mielina Básica, Anticorpo Anti - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM

4.03.09.150	Punção Cisternal Suboccipital Com Manometria Para Coleta De Líquido Cefalorraqueano	NÃO	SIM
4.03.09.169	Punção Lombar Com Manometria Para Coleta De Líquido Cefalorraqueano	NÃO	SIM
4.03.09.266	Aminoácidos No Líquido Cefalorraquidiano	NÃO	SIM
4.03.09.304	Anticorpo Antiespermatozóide - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.312	Espermograma [Caracteres Físicos, Ph, Fludificação, Motilidade, Vitalidade, Contagem E Morfologia]	NÃO	SIM
4.03.09.320	Espermograma E Teste De Penetração In Vitro, Velocidade Penetração Vertical, Colocação Vital, Teste De Revitalização	NÃO	SIM
4.03.09.401	Clements, Teste	NÃO	SIM
4.03.09.410	Espectrofotometria De Líquido Amniótico	NÃO	SIM
4.03.09.428	Fosfolípidios [Relação Lecitina/Esfingomielina] - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.436	Maturidade Pulmonar Fetal - - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.444	Rotina Do Líquido Amniótico-Amniograma [Citológico Espectrofotometria, Creatinina E Teste De Clements]	NÃO	SIM
4.03.09.509	Cristais Com Luz Polarizada - Pesquisa E/Ou Dosagem Em Líquidos Orgânicos	NÃO	SIM
4.03.09.517	Ragócitos, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.09.525	Rotina Líquido Sinovial - Caracteres Físicos, Citologia, Proteínas, Ácido Úrico, Látex P/ F.R., Bact.	NÃO	SIM
4.03.10.019	A Fresco, Exame	NÃO	SIM
4.03.10.035	Antibiograma P/ Bacilos Álcool-Resistentes - Drogas De 2 Linhas	NÃO	SIM
4.03.10.043	Antígenos Fúngicos, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.051	B.A.A.R. [Ziehl Ou Fluorescência, Pesquisa Direta E Após Homogeneização] - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.060	Bacterioscopia [Gram, Ziehl, Albert Etc], Por Lâmina	NÃO	SIM
4.03.10.078	Chlamydia, Cultura	NÃO	SIM
4.03.10.086	Cólera - Identificação [Sorotipagem Incluída]	NÃO	SIM
4.03.10.094	Corpúsculos De Donovan, Pesquisa Direta De	NÃO	SIM
4.03.10.108	Criptococo [Tinta Da China], Pesquisa De	NÃO	SIM
4.03.10.116	Criptosporidium, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.124	Cultura Bacteriana [Em Diversos Materiais Biológicos]	NÃO	SIM
4.03.10.132	Cultura Para Bactérias Anaeróbicas	NÃO	SIM
4.03.10.140	Cultura Para Fungos	NÃO	SIM
4.03.10.159	Cultura Para Mycobacterium	NÃO	SIM
4.03.10.167	Cultura Quantitativa De Secreções Pulmonares, Quando Necessitar Tratamento Prévio C/ N.C.A.	NÃO	SIM
4.03.10.175	Cultura, Fezes: Salmonela, Shigellae E Esc. Coli Enteropatogênicas, Enteroinvasora [Sorol. Incluída] + Campylobacter Sp. + E. Coli Entero-Hemorrágica	NÃO	SIM
4.03.10.183	Cultura, Fezes: Salmonella, Shigella E Escherichia Coli Enteropatogênicas [Sorologia Incluída]	NÃO	SIM
4.03.10.191	Cultura, Herpesvírus Ou Outro	NÃO	SIM
4.03.10.205	Cultura, Micoplasma Ou Ureaplasma	NÃO	SIM
4.03.10.213	Cultura, Urina Com Contagem De Colônias	NÃO	SIM
4.03.10.221	Estreptococos - A, Teste Rápido	NÃO	SIM
4.03.10.230	Fungos, Pesquisa De [A Fresco Lactofenol, Tinta Da China]	NÃO	SIM
4.03.10.248	Hemocultura [Por Amostra]	NÃO	SIM
4.03.10.256	Hemocultura Automatizada [Por Amostra]	NÃO	SIM
4.03.10.264	Hemocultura Para Bactérias Anaeróbias [Por Amostra]	NÃO	SIM
4.03.10.272	Hemophilus [Bordetella] Pertussis - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.280	Hansen, Pesquisa De [Por Material]	NÃO	SIM
4.03.10.299	Leptospira [Campo Escuro Após Concentração] Pesquisa	NÃO	SIM

4.03.10.302	Microorganismos - Teste De Sensibilidade A Drogas Mic, Por Droga Testada	NÃO	SIM
4.03.10.310	Paracoccidioides, Pesquisa De	NÃO	SIM
4.03.10.329	Pneumocysti Carinii, Pesquisa Por Coloração Especial	NÃO	SIM
4.03.10.337	Rotavírus, Pesquisa, Elisa	NÃO	SIM
4.03.10.345	Treponema [Campo Escuro] - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.361	Citomegalovírus - Shell Vial - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.370	Microsporídia, Pesquisa Nas Fezes	NÃO	SIM
4.03.10.388	Sarcoptes Scabei, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.400	Cultura Automatizada - Microbiologia	NÃO	SIM
4.03.10.418	Antibiograma [Teste De Sensibilidade E Antibióticos E Quimioterápicos], Por Bactéria - Não Automatizado	NÃO	SIM
4.03.10.426	Antibiograma Automatizado	NÃO	SIM
4.03.10.434	Leishmania, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.10.604	Antifungigrama	NÃO	SIM
4.03.10.612	Chlamydia Trachomatis, Exame Direto Para Vários Materiais	NÃO	SIM
4.03.10.620	Cultura, Para Agentes Multirresistentes, Vários Materiais	NÃO	SIM
4.03.10.647	Cultura Quantitativa Queimados [Pele]	NÃO	SIM
4.03.10.671	Cultura Em Leite Materno	NÃO	SIM
4.03.10.728	Fungos Morfologia/Bioquímica	NÃO	SIM
4.03.10.736	Identificação De Bactérias Por Método Sorológico/Bioquímico	NÃO	SIM
4.03.11.015	Ácido Cítrico - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.023	Ácido Homogentísico - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.031	Alcaptonúria - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.040	Cálculos Urinários - Análise	NÃO	SIM
4.03.11.058	Catecolaminas Fracionadas - Dopamina, Epinefrina, Norepinefrina [Cada] - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.066	Cistinúria, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.11.074	Coproporfirina Iii - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.082	Corpos Cetônicos, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.090	Cromatografia De Açúcares - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.104	Dismorfismo Eritrocitário, Pesquisa [Contraste De Fase] - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.112	Erros Inatos Do Metabolismo Baterias De Testes Químicos De Triagem Em Urina [Mínimo De 6 Testes]	NÃO	SIM
4.03.11.120	Frutosúria, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.11.139	Galactosúria, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.11.147	Lipóides, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.155	Melanina, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.163	Metanefrinas Urinárias, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.11.171	Microalbuminúria	NÃO	SIM
4.03.11.180	Pesquisa Ou Dosagem De Um Componente Urinário	NÃO	SIM
4.03.11.198	Porfobilinogênio, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.201	Proteínas De Bence Jones, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.210	Rotina De Urina [Caracteres Físicos, Elementos Anormais E Sedimentoscopia]	NÃO	SIM
4.03.11.228	Uroporfirinas, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.11.236	2,5-Hexanodiona, Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.244	Cistina - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.252	Porfobilinogênio - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.279	Bartituratos - Pesquisa E/Ou Dosagem Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.295	Contagem Sedimentar De Addis	NÃO	SIM

4.03.11.309	Eletrforese De Proteínas Urinárias, Com Concentração	NÃO	SIM
4.03.11.317	Fenilcetonúria, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.11.325	Histidina, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.341	Mioglobina, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.350	Osmolalidade, Determinação - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.368	Prova De Concentração (Fishberg Ou Volhard) - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.392	Tirosinose, Pesquisa - Na Urina	NÃO	SIM
4.03.11.503	Pesquisa De Sulfatídeos E Material Metacromático Na Urina	NÃO	SIM
4.03.12.020	Cromatina Sexual, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.12.046	Iontoforese Para A Coleta De Suor, Com Dosagem De Cloro	NÃO	SIM
4.03.12.054	Muco-Nasal, Pesquisa De Eosinófilos E Mastócitos	NÃO	SIM
4.03.12.062	Perfil Metabólico Para Litíase Renal: Sangue (Ca, P, Au, Cr) Urina: (Ca, Au, P, Citr, Pesq. Cistina) Amp-Cíclico	NÃO	SIM
4.03.12.070	Gastroacidograma - Secreção Basal Para 60' E 4 Amostras Após O Estímulo (Fornecimento De Material Inclusive Tubagem), Teste	NÃO	SIM
4.03.12.097	Pancreozima - Secretina No Suco Duodenal, Teste	NÃO	SIM
4.03.12.100	Rotina Da Biles A, B, C E Do Suco Duodenal (Caracteres Físicos E Microscópicos Inclusive Tubagem)	NÃO	SIM
4.03.12.127	Perfil Reumatológico (Ácido Úrico, Eletrforese De Proteínas, Fan, Vhs, Prova Do Látex P/F. R, W. Rose)	NÃO	SIM
4.03.12.143	Prova Atividade De Febre Reumática (Aslo, Eletrforese De Proteínas, Muco-Proteínas E Proteína C Reativa)	NÃO	SIM
4.03.12.151	Provas De Função Hepática (Bilirrubinas, Eletrforese De Proteínas, Fa, Tgo, Tgp E Gama-Pgt)	NÃO	SIM
4.03.12.160	Teste Do Pezinho Básico (Tsh Neonatal + Fenilalanina + Eletrforese De Hb Para Triagem De Hemopatias)	NÃO	SIM
4.03.12.178	Teste Do Pezinho Ampliado (Tsh Neonatal + 17 Oh Progesterona + Fenilalanina + Tripsina Imuno-Reativa + Eletrforese De Hb Para Triagem De Hemopatias)	NÃO	SIM
4.03.13.018	Ácido Delta Aminolevulínico (Para Chumbo Inorgânico) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.026	Ácido Delta Aminolevulínico Desidratase (Para Chumbo Inorgânico) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.034	Ácido Fenilglioxílico (Para Estireno) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.042	Ácido Hipúrico (Para Tolueno) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.050	Ácido Mandélico (Para Estireno) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.069	Ácido Metilhipúrico (Para Xilenos) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.077	Ácido Salicílico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.093	Carboxihemoglobina (Para Monóxido De Carbono Diclorometano) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.107	Chumbo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.115	Colinesterase (Para Carbamatos Organofosforados) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.123	Coproporfirinas (Para Chumbo Inorgânico) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.140	Etanol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.158	Fenol (Para Benzeno, Fenol) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.166	Flúor (Para Fluoretos) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.174	Formaldeído - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.182	Meta-Hemoglobina (Para Anilina Nitrobenzeno) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.190	Metais Al, As, Cd, Cr, Mn, Hg, Ni, Zn, Co, Outro (S) Absorção Atômica (Cada) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.204	Metanol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.212	P-Aminofenol (Para Anilina) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.247	Protoporfirinas Zn (Para Chumbo Inorgânico) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.263	Sulfatos Orgânicos Ou Inorgânicos, Pesquisa (Cada)	NÃO	SIM

4.03.13.280	Triclorocompostos Totais (Para Tetracloroetileno, Tricloroetano, Tricloroetileno) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.301	Ácido Metil Malônico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.310	Cromo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.328	Zinco - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.13.336	Salicilatos, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.13.344	Metil Etil Cetona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.14.022	Citomegalovírus - Qualitativo, Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.030	Citomegalovírus - Quantitativo, Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.049	Cromossomo Philadelphia - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.057	Fator V De Leiden Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.065	Fibrose Cística, Pesquisa De Uma Mutação	NÃO	SIM
4.03.14.081	Hepatite B (Quantitativo) Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.090	Hepatite C (Qualitativo) Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.103	Hepatite C (Quantitativo) Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.111	Hepatite C - Genotipagem - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.120	Hiv - Carga Viral Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.138	Hiv - Qualitativo Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.146	Hiv, Genotipagem - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.154	Hpv (Vírus Do Papiloma Humano) + Subtipagem Quando Necessário Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.162	Htlv I / Ii Por Pcr (Cada) - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.170	Mycobactéria Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.197	Proteína S Total + Livre, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.14.227	Toxoplasmose Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.235	X Frágil Por Pcr - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.243	Chlamydia Por Biologia Molecular - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.251	Citogenética De Medula Óssea	NÃO	SIM
4.03.14.260	Amplificação De Material Por Biologia Molecular (Outros Agentes)	NÃO	SIM
4.03.14.278	Pesquisa De Outros Agentes Por Pcr	NÃO	SIM
4.03.14.286	Pesquisa De Mutação De Alelo Específico Por Pcr	NÃO	SIM
4.03.14.294	Resistência A Agentes Antivirais Por Biologia Molecular (Cada Droga) - Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.308	Quantificação De Outros Agentes Por Pcr	NÃO	SIM
4.03.14.340	Coronavirus, Detecção Por Pcr	NÃO	SIM
4.03.14.359	Epstein Barr Vírus Por Pcr	NÃO	SIM
4.03.14.413	Hepatite C Quantitativo Por Tma	NÃO	SIM
4.03.14.430	Hla B27, Fenotipagem	NÃO	SIM
4.03.14.448	Hpv Oncoproteínas Virais E6/E7, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.14.502	Hiv Amplificação Do Dna (Pcr)	NÃO	SIM
4.03.14.537	Chlamydia - Pcr, Amplificação De Dna	NÃO	SIM
4.03.14.545	Mycobactéria Amplificação De Dna (Pcr)	NÃO	SIM
4.03.16.017	17-Alfa-Hidroxiprogesterona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.025	3 Alfa Androstenediol Glucoronídeo (3Alfdadiol) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.033	Ácido Vanilmandélico (Vma) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.041	Adrenocorticotrófico, Hormônio (Acth) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.050	Aldosterona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.068	Alfa-Fetoproteína - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.076	Androstenediona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.084	Anticorpo Anti-Receptor De Tsh (Trab) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.16.092	Anticorpos Antiinsulina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.106	Anticorpos Antitireóide (Tireoglobulina) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.114	Antígeno Austrália (Hbsag) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.122	Antígeno Carcinoembrionário (Cea) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.130	Antígeno Específico Prostático Livre (Psa Livre) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.149	Antígeno Específico Prostático Total (Psa) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.157	Anti-Tpo - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.165	Calcitonina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.173	Catecolaminas - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.181	Composto S (11-Desoxicortisol) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.190	Cortisol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.203	Crescimento, Hormônio Do (Hgh) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.211	Dehidroepiandrosterona (Dhea) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.220	Dehidrotestosterona (Dht) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.238	Drogas (Imunossupressora, Anticonvulsivante, Digitálico, Etc.) Cada - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.246	Estradiol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.254	Estriol - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.262	Estrona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.270	Ferritina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.289	Folículo Estimulante, Hormônio (Fsh) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.297	Gastrina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.300	Globulina De Ligação De Hormônios Sexuais (Shbg) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.319	Globulina Transportadora Da Tiroxina (Tbg) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.327	Gonadotrófico Coriônico, Hormônio (Hcg) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.335	Hormônio Luteinizante (Lh) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.343	Imunoglobulina (Ige) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.351	Índice De Tiroxina Livre (Itl) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.360	Insulina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.378	Marcadores Tumorais (Ca 19.9, Ca 125, Ca 72-4, Ca 15-3, Etc.) Cada - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.386	Osteocalcina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.394	Peptídeo C - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.408	Progesterona - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.416	Prolactina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.424	Pth - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.432	Renina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.440	Somatomedina C (Igf1) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.459	Sulfato De Dehidroepiandrosterona (S-Dhea) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.467	T3 Livre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.475	T3 Retenção - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.483	T3 Reverso - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.491	T4 Livre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.505	Testosterona Livre - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.513	Testosterona Total - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.521	Tireoestimulante, Hormônio (Tsh) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.530	Tireoglobulina - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.548	Tiroxina (T4) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.556	Triiodotironina (T3) - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM

4.03.16.564	Vasopressina [Adh] - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.16.572	Vitamina B12 - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.03.17.250	Curva Insulínica E Glicêmica Clássica	NÃO	SIM
4.03.17.269	Curva Insulínica E Glicêmica [2 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.277	Curva Insulínica E Glicêmica [3 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.285	Curva Insulínica E Glicêmica [4 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.293	Curva Insulínica E Glicêmica [5 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.374	Cortisol Ritmo [2 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.390	Curva Insulínica E Glicêmica [6 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.17.404	Metanefrinas Urinária Após Clonidina	NÃO	SIM
4.03.17.412	Paratômnio, Proteína Relacionada, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.17.420	Proteína Ligadora Do Hormônio De Crescimento [Hgh], Dosagem	NÃO	SIM
4.03.17.439	Restrição Hídrica, Teste	NÃO	SIM
4.03.17.471	Prova Funcional De Estímulo Da Prolactina Após Trh Sem Fornecimento Do Medicamento [Por Dosagem]	NÃO	SIM
4.03.19.270	Tempo De Lise De Euglobulina	NÃO	SIM
4.03.19.318	Análise De Multímeros Para Pacientes Com Doença De Von Willebrand	NÃO	SIM
4.03.19.326	Protrombina, Pesquisa De Mutação	NÃO	SIM
4.03.19.334	Cd 52 Marcador Isolado	NÃO	SIM
4.03.19.369	Cd3, Imunofenotipagem	NÃO	SIM
4.03.19.377	Cd34, Imunofenotipagem	NÃO	SIM
4.03.19.385	Ciclina D1, Imunofenotipagem	NÃO	SIM
4.03.19.393	Adesividade Plaquetária	NÃO	SIM
4.03.19.407	Tempo De Coagulação Ativado [Tca]	NÃO	SIM
4.03.19.415	Teste De Viabilidade Celular, Citometria De Fluxo, Outros Materiais	NÃO	SIM
4.03.19.431	Cross Match Plaquetário	NÃO	SIM
4.03.19.440	Fator Ii, Dosagem Do Inibidor	NÃO	SIM
4.03.19.458	Fator Vii, Dosagem Do Inibidor	NÃO	SIM
4.03.19.466	Fibrinogênio Quantitativo, Nefelometria	NÃO	SIM
4.03.19.474	Hemoglobinopatias, Neonatal, Sangue Periférico	NÃO	SIM
4.03.21.207	Homocistina, Pesquisa De	NÃO	SIM
4.03.21.690	Cefalexina Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.703	Ceftriaxona Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.711	Clindamicina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.720	Clobazam Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.738	Clonazepam, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.754	Clozapina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.762	Colinesterase Com Inibição De Dibucaina	NÃO	SIM
4.03.21.770	Disopiramida, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.789	Dissulfiram, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.797	Doxepina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.800	Flunitrazepam, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.819	Fluoxetina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.827	Galactocerebrosidase, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.916	Lorazepam, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.967	Manganes Sérico, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.975	Maprotilina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.21.983	Midazolam, Dosagem	NÃO	SIM

4.03.22.025	Pirimetamina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.041	Sulfadiazina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.050	Sulfametoxazol, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.068	Sulfapiridina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.076	Sulfisoxazol, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.084	Swelling Test	NÃO	SIM
4.03.22.114	Vancomicina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.157	Ácido Fitânico	NÃO	SIM
4.03.22.165	Ácido Hialuronico	NÃO	SIM
4.03.22.173	Iduronato-2 Sulfatase, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.181	N-Acetilgalactosaminidase, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.190	N-Acetilglicosaminidase, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.220	Pentaclorofenol, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.246	Receptor Solúvel De Transferrina	NÃO	SIM
4.03.22.270	Ácido Cítrico [Citrato], Dosagem Sangue	NÃO	SIM
4.03.22.289	Ácido Cítrico [Citrato], Dosagem Esperma	NÃO	SIM
4.03.22.300	Curva Glicêmica Clássica [5 Dosagens]	NÃO	SIM
4.03.22.319	Everolimus, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.351	10,11 Epóxido Carbamazepinam, Soro	NÃO	SIM
4.03.22.360	Alfa Fetoproteína L3, Líquor	NÃO	SIM
4.03.22.378	Albumina, Líquor	NÃO	SIM
4.03.22.386	Alfa-Galactosidade, Dosagem Plasmática	NÃO	SIM
4.03.22.394	Alfa L-Iduronase, Plasma	NÃO	SIM
4.03.22.408	Bicarbonato Na Urina, Amostra Isolada	NÃO	SIM
4.03.22.416	Carnitina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.432	Cobre Eritrocitário, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.467	Índice De Ácido Úrico/Creatinina	NÃO	SIM
4.03.22.475	Índice De Cálcio/Creatinina	NÃO	SIM
4.03.22.483	Índice De Proteína/Creatinina	NÃO	SIM
4.03.22.491	Tripsina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.505	Zinco Eritrocitário, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.22.564	Amiloidose - Ttr	NÃO	SIM
4.03.23.897	Anticorpos Antidifteria	NÃO	SIM
4.03.23.900	Anticorpos Antitétano	NÃO	SIM
4.03.23.919	Teste Rápido Para Detecção De Hiv Em Gestante	NÃO	SIM
4.03.23.978	Cadeias Leves Livres Kappa/Lambda Em Urina, Dosagem	NÃO	SIM
4.03.24.052	Coxsackie B1-6, Anticorpos Igm	NÃO	SIM
4.03.24.060	Epstein Barr Vírus Antígeno Precoce, Anticorpos	NÃO	SIM
4.03.24.079	Hiv1/2, Anticorpos [Teste Rápido]	NÃO	SIM
4.03.24.125	Proteinase 3, Anticorpo	NÃO	SIM
4.03.24.176	Chikungunya, Anticorpos	NÃO	SIM
4.03.24.192	Antígeno Ns1 Do Vírus Da Dengue, Pesquisa	NÃO	SIM
4.03.24.265	Cadeias Leves Livres Kappa/Lambda, Dosagem, Sangue	NÃO	SIM
4.03.24.281	Cadeias leves livres Kappa/Lambda, dosagem, urina	NÃO	SIM
4.03.24.362	Hepatite E - Anticorpos Igg	NÃO	SIM
4.03.24.370	Hepatite E - Anticorpos, Igm	NÃO	SIM
4.03.24.389	Hla-Dq, Teste De Histocompatibilidade De Alta Resolução, Sangue Total	NÃO	SIM
4.03.24.559	Dengue, Anticorpos Igg, Soro [Teste Rápido]	NÃO	SIM

4.03.24.567	Dengue, Anticorpos Igm, Soro [Teste Rápido]	NÃO	SIM
4.04.01.014	Transfusão [Ato Médico Ambulatorial Ou Hospitalar]	NÃO	SIM
4.04.01.022	Transfusão [Ato Médico De Acompanhamento]	NÃO	SIM
4.04.02.010	Material Descartável [Kit] E Soluções Para Utilização De Processadora Automática De Sangue / Auto Transfusão Intra-Operatória	NÃO	SIM
4.04.02.029	Material Descartável [Kit] E Soluções Para Utilização De Processadora Automática De Sangue/Aférese	NÃO	SIM
4.04.02.037	Sangria Terapêutica	NÃO	SIM
4.04.02.045	Unidade De Concentrado De Hemácias	NÃO	SIM
4.04.02.053	Unidade De Concentrado De Hemácias Lavadas	NÃO	SIM
4.04.02.061	Unidade De Concentrado De Plaquetas Por Aférese	NÃO	SIM
4.04.02.070	Unidade De Concentrado De Plaquetas Randômicas	NÃO	SIM
4.04.02.088	Unidade De Crioprecipitado De Fator Anti-Hemofílico	NÃO	SIM
4.04.02.096	Unidade De Plasma	NÃO	SIM
4.04.02.100	Unidade De Sangue Total	NÃO	SIM
4.04.02.118	Deleucotização De Unidade De Concentrado De Hemácias - Por Unidade	NÃO	SIM
4.04.02.126	Deleucotização De Unidade De Concentrado De Plaquetas - Até 6 Unidades	NÃO	SIM
4.04.02.134	Irradiação De Componentes Hemoterâpicos	NÃO	SIM
4.04.02.142	Deleucotização De Unidade De Concentrado De Plaquetas - Entre 7 E 12 Unidades	NÃO	SIM
4.04.02.150	Unidade De Concentrado De Granulócitos	NÃO	SIM
4.04.02.169	Unidade De Concentrado De Plaquetas [Dupla Centrifugação]	NÃO	SIM
4.04.03.017	Acompanhamento Hospitalar/Dia Do Transplante De Medula Óssea Por Médico Hematologista E/Ou Hemoterapeuta	NÃO	SIM
4.04.03.025	Anticorpos Eritrocitários Naturais E Imunes - Titulação	NÃO	SIM
4.04.03.033	Aplicação De Medula Óssea Ou Células Tronco	NÃO	SIM
4.04.03.041	Coleta De Células Tronco De Sangue De Cordão Umbilical Para Transplante De Medula Óssea	NÃO	SIM
4.04.03.050	Coleta De Células Tronco Por Processadora Automática Para Transplante De Medula Óssea	NÃO	SIM
4.04.03.068	Coleta De Biópsia De Medula Óssea Por Agulha	NÃO	SIM
4.04.03.076	Coleta De Medula Óssea Para Transplante	NÃO	SIM
4.04.03.084	Determinação De Células Cd34, Cd45 Positivas - Citômetro De Fluxo	NÃO	SIM
4.04.03.092	Determinação De Conteúdo De Dna - Citômetro De Fluxo	NÃO	SIM
4.04.03.106	Eletroforese De Hemoglobina Por Componente Hemoterápico	NÃO	SIM
4.04.03.122	Exsanguíneo Transfusão	NÃO	SIM
4.04.03.130	Fenotipagem De Outros Sistemas Eritrocitários - Por Fenótipo	NÃO	SIM
4.04.03.149	Fenotipagem De Outros Sistemas Eritrocitários - Por Fenótipo - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.157	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr [D, C, E, C E C] Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.165	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr [D, C, E, C, E]	NÃO	SIM
4.04.03.173	Grupo Sanguíneo Abo E Rh - Pesquisa	NÃO	SIM
4.04.03.181	Grupo Sanguíneo Abo E Rh - Gel Teste - Pesquisa	NÃO	SIM
4.04.03.190	Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários - Método De Eluição	NÃO	SIM
4.04.03.203	Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários - Painel De Hemácias Enzimático	NÃO	SIM
4.04.03.211	Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários Com Painel De Hemácias	NÃO	SIM
4.04.03.220	Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários Com Painel De Hemácias Tratadas Por Enzimas	NÃO	SIM
4.04.03.238	Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários Com Painel De Hemácias - Gel Liss	NÃO	SIM
4.04.03.246	Imunofenotipagem De Subpopulações Linfocitárias - Citômetro De Fluxo	NÃO	SIM

4.04.03.254	Imunofenotipagem Para Classificação De Leucemias - Citômetro De Fluxo	NÃO	SIM
4.04.03.262	Nat/Hcv Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.289	Nat/Hiv Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.300	Operação De Processadora Automática De Sangue Em Aférese	NÃO	SIM
4.04.03.319	Operação De Processadora Automática De Sangue Em Autotransusão Intra-Operatória	NÃO	SIM
4.04.03.327	Pesquisa De Anticorpos Séricos Antieritrocitários, Anti-A E/Ou Anti-B - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.335	Pesquisa De Anticorpos Séricos Antieritrocitários, Anti-A E/Ou Anti-B	NÃO	SIM
4.04.03.343	Pesquisa De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários	NÃO	SIM
4.04.03.351	Pesquisa De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.360	Pesquisa De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários - Método De Eluição	NÃO	SIM
4.04.03.378	Pesquisa De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários A Frio	NÃO	SIM
4.04.03.386	Pesquisa De Hemoglobina S Por Componente Hemoterápico - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.408	Prova De Compatibilidade Pré-Transfusional Completa	NÃO	SIM
4.04.03.416	Prova De Compatibilidade Pré-Transfusional Completa - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.424	S. Anti-Htlv-I + Htlv-Ii (Determinação Conjunta) Por Componente Hemoterápico	NÃO	SIM
4.04.03.440	S. Chagas Eie Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.467	S. Hepatite B Anti-Hbc Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.483	S. Hepatite C Anti-Hcv Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.505	S. Hiv Eie Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.521	S. Malária Ifi Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.548	S. Sífilis Eie Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.564	S. Sífilis Fta - Abs Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.580	S. Sífilis Ha Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.602	S. Sífilis Vdrl Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.629	S. Chagas Ha Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.645	S. Chagas Ifi Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.661	S. Hepatite B (Hbsag) Rie Ou Eie Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.688	Teste De Coombs Direto	NÃO	SIM
4.04.03.696	Teste De Coombs Direto - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.700	Teste De Coombs Direto - Mono Específico (Igg, Iga, C3, C3D, Poliv. - Agh) - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.718	Teste De Coombs Indireto - Mono Específico (Igg, Iga, C3, C3D, Poliv. - Agh) - Gel Teste	NÃO	SIM
4.04.03.726	Tmo - Congelamento De Medula Óssea Ou Células Tronco Periféricas	NÃO	SIM
4.04.03.734	Tmo - Cultura De Linfócitos Doador E Receptor	NÃO	SIM
4.04.03.742	Tmo - Descongelamento De Medula Óssea Ou Células Tronco	NÃO	SIM
4.04.03.750	Tmo - Determinação De Hla Transplantes De Medula Óssea - Loci Dr E Dq (Alta Resolução)	NÃO	SIM
4.04.03.769	Tmo - Determinação De Hla Para Transplantes De Medula Óssea - Loci A E B	NÃO	SIM
4.04.03.777	Tmo - Determinação De Hla Para Transplantes De Medula Óssea - Loci Dr E Dq (Baixa Resolução)	NÃO	SIM
4.04.03.785	Tmo - Determinação De Unidades Formadoras De Colônias	NÃO	SIM
4.04.03.793	Tmo - Determinação De Viabilidade De Medula Óssea	NÃO	SIM
4.04.03.807	Tmo - Manutenção De Congelamento De Medula Óssea Ou Células Tronco (Até 2 Anos)	NÃO	SIM
4.04.03.815	Tmo - Preparo De Medula Óssea Ou Células Tronco Periféricas Para Congelamento	NÃO	SIM
4.04.03.823	Tmo - Preparo E Filtração De Medula Óssea Ou Células Tronco Na Coleta	NÃO	SIM

4.04.03.831	Tmo - Tratamento In Vitro De Medula Óssea Ou Células Tronco Por Anticorpos Monoclonais [Purging][4]	NÃO	SIM
4.04.03.840	Transaminase Pirúvica - Tgp Ou Alt Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/ Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.866	Transfusão Fetal Intra-Uterina	NÃO	SIM
4.04.03.890	Nat/Hbv - Por Componente Hemoterápico - Pesquisa E/Ou Dosagem	NÃO	SIM
4.04.03.912	Estimulação E Mobilização De Células Cd34 Positivas	NÃO	SIM
4.04.03.920	Determinação Do Fator Rh [D], Incluindo Prova Para D-Fraco No Sangue Do Receptor	NÃO	SIM
4.04.03.939	Doação Autóloga Com Recuperação Intra-Operatória	NÃO	SIM
4.04.03.947	Doação Autóloga Peri-Operatória Por Hemodiluição Normovolêmica	NÃO	SIM
4.04.03.955	Doação Autóloga Pré-Operatória	NÃO	SIM
4.04.03.963	Exames Imunohematológicos Em Recém-Nascidos: Tipificação Abo E Rh, Pesquisa De D Fraco Rh[D] E Prova Da Antiglobulina Direta	NÃO	SIM
4.04.03.971	Imuno-Hematológicos: Tipificação Abo, Incluindo Tipagem Reversa E Determinação Do Fator Rh [D], Incluindo Prova Para D-Fraco E Pesquisa E Identificação De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários	NÃO	SIM
4.04.03.980	Investigação Da Presença De Anti-A Ou Anti-B, Em Soro Ou Plasma De Neonato, Com Métodos Que Incluam Uma Fase Antiglobulínica	NÃO	SIM
4.04.03.998	Tipificação Abo, Incluindo Tipagem Reversa No Sangue Do Receptor (Sem Tipagem Reversa Até 4 Meses De Idade)	NÃO	SIM
4.04.04.021	Aférese Para Paciente Abo Incompatível	NÃO	SIM
4.04.04.030	Antigenemia Para Diagnóstico De Cmv Pós Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.048	Avaliação Quimerismo - Vntr - Doador - Pré Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.056	Avaliação Quimerismo - Vntr - Paciente - Pré Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.064	Avaliação Quimerismo Por Str - Paciente - Pós Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.072	Coleta De Linfócitos De Sangue Periférico Por Aférese Para Tratamento De Recidivas Pós Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.080	Controle Microbiológico Da Medula Óssea No Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.099	Controle Microbiológico Das Células Tronco Periféricas No Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.102	Depleção De Plasma Em Tcth Alogênicos Com Incompatibilidade Abo Menor	NÃO	SIM
4.04.04.129	Pcr Em Tempo Real Para Diagnóstico De Ebv - Pós Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.137	Pcr Em Tempo Real Para Diagnóstico De Herpes Virus 6 - Pos Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.145	Pcr Em Tempo Real Para Diagnóstico De Herpes Virus 8 - Pos Transplante	NÃO	SIM
4.04.04.153	Pcr Em Tempo Real Para Os Vírus Para Influenza E Influenza	NÃO	SIM
4.04.04.161	Pcr Em Tempo Real Para Vírus Respiratório Sincicial	NÃO	SIM
4.04.04.170	Quantificação De Cd14 Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.188	Quantificação De Cd19 Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.196	Quantificação De Cd3 Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.200	Quantificação De Cd3 Da Coleta De Linfócitos Para Tratamento De Recidivas Pós Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.218	Quantificação De Cd4 Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.226	Quantificação De Cd8 Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.234	Quantificação De Leucócitos Totais Da Coleta De Células Tronco Periféricas Para Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.242	Quantificação De Leucócitos Totais Da Medula Óssea No Tcth Alogênico	NÃO	SIM
4.04.04.250	Sedimentação De Hemácias Em Tcth Alogênicos Com Incompatibilidade Abo Maior	NÃO	SIM
4.04.04.269	Viabilidade Celular Dos Linfócitos Periféricos Por Citometria De Fluxo Para Tratamento Das Recidivas Pós Tcth Alogênico	NÃO	SIM

4.04.04.277	Viabilidade Celular Da Medula Óssea Por Citometria De Fluxo Após O Descongelamento	NÃO	SIM
4.04.04.285	Viabilidade Celular Das Células Tronco Periféricas Por Citometria De Fluxo Após O Descongelamento	NÃO	SIM
4.04.04.404	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr [D, C, E, C, E] E Kell	NÃO	SIM
4.04.04.536	Prova De Compatibilidade Para Transfusão De Plaquetas [Maipa]	NÃO	SIM
4.05.01.019	Cariótipo Com Bandas De Pele, Tumor E Demais Tecidos	SIM	SIM
4.05.01.027	Cariótipo Com Pesquisa De Troca De Cromátides Irmãs	SIM	SIM
4.05.01.035	Cariótipo Com Técnicas De Alta Resolução	SIM	SIM
4.05.01.043	Cariótipo De Medula [Técnicas Com Bandas]	SIM	SIM
4.05.01.051	Cariótipo De Sangue [Técnicas Com Bandas]	SIM	SIM
4.05.01.060	Cariótipo De Sangue Obtido Por Cordocentese Pré-Natal	SIM	SIM
4.05.01.078	Cariótipo De Sangue-Pesquisa De Marcadores Tumorais	SIM	SIM
4.05.01.086	Cariótipo De Sangue-Pesquisa De Sítio Frágil X	SIM	SIM
4.05.01.094	Cariótipo Em Vilosidades Coriônicas [Cultivo De Trofoblastos]	SIM	SIM
4.05.01.108	Cariótipo Para Pesquisa De Instabilidade Cromossômica	SIM	SIM
4.05.01.116	Cromatina X Ou Y	SIM	SIM
4.05.01.124	Cultura De Material De Aborto E Obtenção De Cariótipo	SIM	SIM
4.05.01.132	Cultura De Tecido Para Ensaio Enzimático E/Ou Extração De Dna	SIM	SIM
4.05.01.159	Fish Em Metáfase Ou Núcleo Interfásico, Por Sonda	SIM	SIM
4.05.01.167	Fish Pré-Natal, Por Sonda	SIM	SIM
4.05.01.175	Líquido Amniótico, Cariótipo Com Bandas	SIM	SIM
4.05.01.183	Líquido Amniótico, Vilosidades Coriônicas, Subcultura Para Dosagens Bioquímicas E/Ou Moleculares [Adicional]	SIM	SIM
4.05.01.191	Subcultura De Pele Para Dosagens Bioquímicas E/Ou Moleculares [Adicional]	SIM	SIM
4.05.01.205	Estudo De Alterações Cromossômicas Em Leucemias Por Fish [Fluorescence In Situ Hybridization]	SIM	SIM
4.05.01.213	Pesquisa De Translocação Pml/Rar-A	SIM	SIM
4.05.01.221	Cariótipo De Sangue [Técnicas Com Bandas] - Análise De 50 Células Para Detecção De Mosaicismo	SIM	SIM
4.05.01.230	Cultura De Fibroblastos [Pele]	SIM	SIM
4.05.02.015	Marcadores Bioquímicos Extras, Além De Bhcg, Afp E Papp-A, Para Avaliação Do Risco Fetal, Por Marcador, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.02.040	Baterias De Testes Químicos De Triagem Em Urina Para Erros Inatos Do Metabolismo [Mínimo De Seis Testes]	SIM	SIM
4.05.02.058	Determinação Do Risco Fetal, Com Elaboração De Laudo	SIM	SIM
4.05.02.066	Dosagem Quantitativa De Ácidos Orgânicos, Carnitina, Perfil De Acilcarnitina, Ácidos Graxos De Cadeia Muito Longa, Para O Diagnóstico De Erros Inatos Do Metabolismo [Perfil Em Uma Amostra]	SIM	SIM
4.05.02.074	Dosagem Quantitativa De Aminoácidos Para O Diagnóstico De Erros Inatos Do Metabolismo [Perfil De Aminoácidos Numa Amostra]	SIM	SIM
4.05.02.082	Dosagem Quantitativa De Metabólitos Na Urina E/Ou Sangue Para O Diagnóstico De Erros Inatos Do Metabolismo [Cada]	SIM	SIM
4.05.02.090	Eletroforese Ou Cromatografia [Papel Ou Camada Delgada] Para Identificação De Aminoácidos Ou Glicídios Ou Oligossacarídios Ou Sialoligossacarídios Glicosaminoglicanos Ou Outros Compostos Para Detecção De Erros Inatos Do Metabolismo [Cada]	SIM	SIM
4.05.02.104	Ensaios Enzimáticos Em Células Cultivadas Para Diagnóstico De Eim, Incluindo Preparo Do Material, Dosagem De Proteína E Enzima De Referência [Cada]	SIM	SIM
4.05.02.112	Ensaios Enzimáticos Em Leucócitos, Eritrócitos Ou Tecidos Para Diagnóstico De Eim, Incluindo Preparo Do Material, Dosagem De Proteína E Enzima De Referência [Cada]	SIM	SIM
4.05.02.120	Ensaios Enzimáticos No Plasma Para Diagnóstico De Eim, Incluindo Enzima De Referência [Cada]	SIM	SIM
4.05.02.139	Teste Duplo - 1 Trimestre [Papp-A+Beta-Hcg] Ou Outros 2 Em Soro Ou Líquido Aminiótico Com Elaboração De Laudo Contendo Cálculo De Risco Para Anomalias Fetais	SIM	SIM

4.05.02.147	Teste Duplo – 2 Trimestre (Afp+Beta-Hcg) Ou Outros 2 Em Soro Ou Líquido Aminiótico Com Elaboração De Laudo Contendo Cálculo De Risco Para Anomalias Fetais	SIM	SIM
4.05.02.155	Teste Triplo (Afp+Beta-Hcg+Estriol) Ou Outros 3 Em Soro Ou Líquido Aminiótico Com Elaboração De Laudo Contendo Cálculo De Risco Para Anomalias Fetais	SIM	SIM
4.05.02.163	Testes Químicos De Triagem Em Urina Para Erros Inatos Do Metabolismo (Cada)	SIM	SIM
4.05.02.171	Dosagem Quantitativa De Carnitina E Perfil De Acilcarnitina, Para O Diagnóstico De Erros Inatos Do Metabolismo	SIM	SIM
4.05.02.180	Dosagem Quantitativa De Ácidos Graxos De Cadeia Muito Longa Para O Diagnóstico De Eim	SIM	SIM
4.05.02.198	Dosagem Quantitativa De Metabólitos Por Cromatografia / Espectrometria De Massa (Cg/Ms Ou Hplc/Ms) Para O Diagnóstico De Eim	SIM	SIM
4.05.02.201	Dosagem Quantitativa De Metabólitos Por Espectrometria De Massa Ou Espectrometria De Massa Em Tandem (Ms Ou Ms/Ms) Para O Diagnóstico De Eim	SIM	SIM
4.05.02.228	Rastreamento Neonatal Para O Diagnósitco De Eim E Outras Doenças	SIM	SIM
4.05.02.236	Dosagem Quantitativa De Ácidos Orgânicos Para O Diagnóstico De Erros Inatos Do Metabolismo (Perfil De Ácidos Orgânicos Numa Amostra)	SIM	SIM
4.05.03.011	Análise De Dna Com Enzimas De Restrição Por Enzima Utilizada, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.020	Análise De Dna Fetal Por Enzima De Restrição, Por Enzima Utilizada, Por Amostra (Adicional Nos Exames Em Que Já Foi Feito O Pcr 4.05.03.06–2 E Depende Da Enzima Para Estabelecer O Diagnóstico)	SIM	SIM
4.05.03.038	Análise De Dna Fetal Por Sonda Ou Pcr Por Locus, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.046	Análise De Dna Pela Técnica Multiplex Por Locus Extra, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.054	Análise De Dna Pela Técnica Multiplex Por Locus, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.062	Análise De Dna Por Sonda, Ou Pcr Por Locus, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.089	Extração De Dna (Osso), Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.097	Extração De Dna (Sangue, Urina, Líquido Aminiótico, Vilo Trofoblástico Etc.), Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.100	Identificação De Mutação Por Sequenciamento Do Dna, Por 100 Pares De Base Sequenciadas, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.119	Processamento De Qualquer Tipo De Amostra Biológica Para Estabilização Do Ácido Nucléico, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.127	Extração, Purificação E Quantificação De Ácido Nucléico De Qualquer Tipo De Amostra Biológica, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.143	Amplificação Do Material Genético (Por Pcr, Pcr Em Tempo Real, Lcr, Rt-Pcr Ou Outras Técnicas), Por Primer Utilizado, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.151	Análise De Dna Por Mlpa, Por Sonda De Dna Utilizada, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.160	Análise De Dna Pela Técnica De Southern Blot, Por Sonda Utilizada, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.178	Produção De Dot/Slot-Blot, Por Blot, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.186	Separação Do Material Genético Por Eletroforese Capilar Ou Em Gel (Agarose, Acrilamida), Por Gel Utilizado, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.194	Rastreamento De Exon Mutado (Por Gradiente De Desnaturação Ou Conformação De Polimorfismo De Fita Simples Ou Rnase Ou Clivagem Química Ou Outras Técnicas) Para Identificação De Fragmento Mutado, Por Fragmento Analisado, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.208	Coloração De Gel E Fotodocumentação Da Análise Molecular, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.216	Interpretação E Elaboração Do Laudo Da Análise Genética, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.232	Deteccão Pré-Natal Ou Pós-Natal De Alterações Cromossômicas Submicroscópicas Reconhecidamente Causadoras De Síndrome De Genes Contíguos, Por Fish, Qpcr Ou Outra Técnica, Por Locus, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.240	Rastreamento Pré-Natal Ou Pós-Natal De Todo O Genoma Para Identificar Alterações Cromossômicas Submicroscópicas Por Cgh-Array Ou Snp-Array Ou Outras Técnicas, Por Clone Ou Oligo Utilizado, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.259	Validação Pré-Natal Ou Pós-Natal De Alteração Cromossômica Submicroscópica Detectada No Rastreamento Genômico, Por Fish Ou Qpcr Ou Outra Técnica, Por Locus, Por Amostra	SIM	SIM
4.05.03.267	Translocação Aml1-Eto T{8,21} Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.275	Análise Da Mutação Igvh-Cadeia Pesada Da Imunoglobulina	SIM	SIM
4.05.03.283	Ccr-5, Pesquisa De Mutação Por Pcr	SIM	SIM

4.05.03.348	Distrofia Miotonica, Análise Por Dna	SIM	SIM
4.05.03.356	Disautonomia Familiar, Análise Por Dna	SIM	SIM
4.05.03.364	Neurofibromatose Tipo 1, Estudo Molecular	SIM	SIM
4.05.03.372	Jak2 (Gene), Detecção Das Mutações Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.380	Ccnd1 E Igh (Genes), Hibridização In Situ Por Fluore	SIM	SIM
4.05.03.399	Hemofilia A, Análise Do Dna	SIM	SIM
4.05.03.402	Hemofilia B, Análise Do Dna	SIM	SIM
4.05.03.410	Hipolactasia, Análise Molecular	SIM	SIM
4.05.03.429	Hormônio De Crescimento, Estudo Do Gene Receptor	SIM	SIM
4.05.03.437	Hormônio De Crescimento, Estudo Molecular Do Gene	SIM	SIM
4.05.03.445	Neoplasia Endócrina Múltipla, Tipo 1, Sangue Total	SIM	SIM
4.05.03.453	Hemocromatose, Análise Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.461	Prader-Willi/Angelman, Síndrome, Diagnóstico	SIM	SIM
4.05.03.470	Prop1, Estudo Molecular Do Gene, Sangue Total	SIM	SIM
4.05.03.488	Ptpn11, Estudo Molecular Do Gene, Sangue Total	SIM	SIM
4.05.03.496	Rearranjo 8Q24 Fish (Medula Óssea)	SIM	SIM
4.05.03.500	Rearranjo 8Q24 Fish (Sangue)	SIM	SIM
4.05.03.518	Rearranjo Bcl6 3Q27 (Nhl) Fish	SIM	SIM
4.05.03.526	Rearranjo Gênico Células B Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.534	Rearranjo Gênico Células T Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.542	Rearranjo Gênico Quantitativo Bcr/Abl Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.577	Shox, Estudo Molecular Do Gene, Sangue Total	SIM	SIM
4.05.03.585	Translocação 4	SIM	SIM
4.05.03.593	C Kit Análise Mutacional	SIM	SIM
4.05.03.607	Cyp21, Estudo Molecular Do Gene, Sangue	SIM	SIM
4.05.03.615	Detecção De Del/Dupl No Gene Mlh1 Msh2	SIM	SIM
4.05.03.623	Detecção De Mutações No Gene Mlh1 Msh2	SIM	SIM
4.05.03.631	Detecção De Mutações No Gene Msh6	SIM	SIM
4.05.03.640	Flt3 Pesquisa De Mutações Por Pcr (Cada)	SIM	SIM
4.05.03.658	Atrofia Muscular E Bulbar (Kennedy), Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.674	Mucopolidosis Tipo 4 Análise Da Mutaçao	SIM	SIM
4.05.03.682	Flt3 Pesquisa De Mutações Por Eletroforese Capilar (Cada)	SIM	SIM
4.05.03.690	Distrofia Muscular (Duchenne), Por Pcr	SIM	SIM
4.05.03.712	Pesquisa Dea Mutaçao 35Delg Da Conexina	SIM	SIM
4.05.03.739	Atrofia Dentato-Rubro-Palido-Luysiana, Drpla, Sangue Total	SIM	SIM
4.05.03.747	Detecção De Niemann Pick Tipo Cc	SIM	SIM
4.05.03.755	Detecção/Tipagem Herpes Vírus 1/2 Líquor	SIM	SIM
4.05.03.763	Egfr, Pesquisa De Mutaçao	SIM	SIM
4.05.03.771	K-Ras, Pesquisa De Mutaçao	SIM	SIM
4.05.03.780	Braf, Pesquisa De Mutaçao	SIM	SIM
4.06.01.013	Procedimento Diagnóstico Peroperatório Sem Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM
4.06.01.021	Procedimento Diagnóstico Peroperatório - Peça Adicional Ou Margem Cirúrgica	SIM	SIM
4.06.01.030	Procedimento Diagnóstico Peroperatório Com Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM
4.06.01.072	Ato De Coleta De Paaf De Órgãos Ou Estruturas Superficiais Sem Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM
4.06.01.080	Ato De Coleta De Paaf De Órgãos Ou Estruturas Profundas Sem Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM
4.06.01.099	Ato De Coleta De Paaf De Órgãos Ou Estruturas Superficiais Com Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM

4.06.01.102	Ato De Coleta De Paaf De Órgãos Ou Estruturas Profundas Com Deslocamento Do Patologista	SIM	SIM
4.06.01.110	Procedimento Diagnóstico Em Biópsia Simples Imprint E Cell Block	SIM	SIM
4.06.01.129	Procedimento Diagnóstico Citopatológico Oncótico De Líquidos E Raspados Cutâneos	SIM	SIM
4.06.01.137	Procedimento Diagnóstico Em Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	NÃO	SIM
4.06.01.145	Procedimento Diagnóstico Em Citologia Hormonal Seriado	SIM	SIM
4.06.01.153	Procedimento Diagnóstico Em Revisão De Lâminas Ou Cortes Histológicos Seriados	SIM	SIM
4.06.01.161	Procedimento Diagnóstico Em Citologia Hormonal Isolada	SIM	SIM
4.06.01.170	Procedimento Diagnóstico Em Painei De Imunoistoquímica [Duas A Cinco Reações]	SIM	SIM
4.06.01.188	Procedimento Diagnóstico Em Reação Imunoistoquímica Isolada	SIM	SIM
4.06.01.196	Procedimento Diagnóstico Em Fragmentos Múltiplos De Biópsias De Mesmo Órgão Ou Topografia, Acondicionados Em Um Mesmo Frasco	SIM	SIM
4.06.01.200	Procedimento Diagnóstico Em Peça Anatômica Ou Cirúrgica Simples	SIM	SIM
4.06.01.218	Procedimento Diagnóstico Em Peça Cirúrgica Ou Anatômica Complexa	SIM	SIM
4.06.01.226	Procedimento Diagnóstico Em Grupos De Linfonodos, Estruturas Vizinhas E Margens De Peças Anatômicas Simples Ou Complexas (Por Margem) - Máximo De Três Margens	SIM	SIM
4.06.01.234	Procedimento Diagnóstico Em Amputação De Membros - Sem Causa Oncológica	SIM	SIM
4.06.01.242	Procedimento Diagnóstico Em Amputação De Membros - Causa Oncológica	SIM	SIM
4.06.01.250	Procedimento Diagnóstico Em Lâminas De Paaf Até 5	SIM	SIM
4.06.01.269	Coloração Especial Por Coloração	SIM	SIM
4.06.01.277	Procedimento Diagnóstico Em Imunofluorescência	SIM	SIM
4.06.01.285	Procedimento Diagnóstico Em Painei De Hibridização In Situ	SIM	SIM
4.06.01.293	Procedimento Diagnóstico Por Captura Híbrida	SIM	SIM
4.06.01.307	Procedimento Diagnóstico Em Citometria De Fluxo [Por Monoclonal Pesquisado]	SIM	SIM
4.06.01.323	Procedimento Diagnóstico Citopatológico Em Meio Líquido	SIM	SIM
4.06.01.412	Ap Bióspia Múltiplas [Até 6 Áreas]	SIM	SIM
4.06.01.420	Ap Biópsia Múltiplas [De 7 A 10 Áreas]	SIM	SIM
4.06.01.439	Instabilidade De Microsatélites [Msi], Detecção Por Pcr, Bloco De Parafina	SIM	SIM
4.07.01.018	Angiografia Radioisotópica	SIM	SIM
4.07.01.034	Cintilografia Do Miocárdio Com Duplo Isótopo [Perfusão + Viabilidade]	SIM	SIM
4.07.01.042	Cintilografia Do Miocárdio Com Fdg-18 F, Em Câmara Híbrida	SIM	SIM
4.07.01.050	Cintilografia Do Miocárdio Necrose [Infarto Agudo]	SIM	SIM
4.07.01.069	Cintilografia Do Miocárdio Perfusão - Repouso	SIM	SIM
4.07.01.077	Cintilografia Sincronizada Das Câmaras Cardíacas - Esforço	SIM	SIM
4.07.01.085	Cintilografia Sincronizada Das Câmaras Cardíacas - Repouso	SIM	SIM
4.07.01.093	Fluxo Sanguíneo Das Extremidades	SIM	SIM
4.07.01.107	Quantificação De Shunt Da Direita Para A Esquerda	SIM	SIM
4.07.01.115	Quantificação De Shunt Periférico	SIM	SIM
4.07.01.123	Venografia Radioisotópica	SIM	SIM
4.07.01.131	Cintilografia Do Miocárdio Perfusão - Estresse Farmacológico	SIM	SIM
4.07.01.140	Cintilografia Do Miocárdio Perfusão - Estresse Físico	SIM	SIM
4.07.01.158	Cintilografia De Perfusão Do Miocárido, Associada À Dobutamina	SIM	SIM
4.07.02.014	Cintilografia Das Glândulas Salivares Com Ou Sem Estímulo	SIM	SIM
4.07.02.022	Cintilografia Do Fígado E Do Baço	SIM	SIM
4.07.02.030	Cintilografia Do Fígado E Vias Biliares	SIM	SIM
4.07.02.049	Cintilografia Para Detecção De Hemorragia Digestória Ativa	SIM	SIM
4.07.02.057	Cintilografia Para Detecção De Hemorragia Digestória Não Ativa	SIM	SIM

4.07.02.065	Cintilografia Para Determinação Do Tempo De Esvaziamento Gástrico	SIM	SIM
4.07.02.073	Cintilografia Para Estudo De Trânsito Esofágico (Líquidos)	SIM	SIM
4.07.02.081	Cintilografia Para Estudo De Trânsito Esofágico (Semi-Sólidos)	SIM	SIM
4.07.02.090	Cintilografia Para Pesquisa De Divertículo De Meckel	SIM	SIM
4.07.02.103	Cintilografia Para Pesquisa De Refluxo Gastro-Esofágico	SIM	SIM
4.07.02.111	Fluxo Sanguíneo Hepático (Qualitativo E Quantitativo)	SIM	SIM
4.07.02.146	Cintilografia, Receptores Da Somatostatina Com Lutécio - 177	SIM	SIM
4.07.03.010	Cintilografia Da Tireóide E/Ou Captação (Iodo - 123)	SIM	SIM
4.07.03.029	Cintilografia Da Tireóide E/Ou Captação (Iodo - 131)	SIM	SIM
4.07.03.037	Cintilografia Da Tireóide E/Ou Captação (Tecnécio - 99M Tc)	SIM	SIM
4.07.03.045	Cintilografia Das Paratireóides	SIM	SIM
4.07.03.053	Cintilografia De Corpo Inteiro Para Pesquisa De Metástases (Pci)	SIM	SIM
4.07.03.061	Teste De Estímulo Com Tsh Recombinante	SIM	SIM
4.07.03.070	Teste De Supressão Da Tireóide Com T3	SIM	SIM
4.07.03.088	Teste Do Perclorato	SIM	SIM
4.07.03.096	Cintilografia De Corpo Inteiro Com Metaiodobenzilguanidina - Iodo-123	SIM	SIM
4.07.03.100	Cintilografia De Corpo Inteiro Com Mibi Marcada Com Tecnécio - 99M	SIM	SIM
4.07.04.017	Cintilografia Renal Dinâmica	SIM	SIM
4.07.04.025	Cintilografia Renal Dinâmica Com Diurético	SIM	SIM
4.07.04.033	Cintilografia Renal Estática (Quantitativa Ou Qualitativa)	SIM	SIM
4.07.04.041	Cintilografia Testicular (Escrotal)	SIM	SIM
4.07.04.050	Cistocintilografia Direta	SIM	SIM
4.07.04.068	Cistocintilografia Indireta	SIM	SIM
4.07.04.076	Determinação Da Filtração Glomerular	SIM	SIM
4.07.04.084	Determinação Do Fluxo Plasmático Renal	SIM	SIM
4.07.05.013	Cintilografia Do Sistema Retículo-Endotelial (Medula Óssea)	SIM	SIM
4.07.05.021	Demonstração Do Sequestro De Hemácias Pelo Baço	SIM	SIM
4.07.05.030	Determinação Da Sobrevida De Hemácias	SIM	SIM
4.07.05.048	Determinação Do Volume Eritrocitário	SIM	SIM
4.07.05.056	Determinação Do Volume Plasmático	SIM	SIM
4.07.05.064	Teste De Absorção De Vitamina B12 Com Cobalto - 57 (Teste De Schilling)	SIM	SIM
4.07.06.010	Cintilografia Óssea (Corpo Total)	SIM	SIM
4.07.06.028	Fluxo Sanguíneo Ósseo	SIM	SIM
4.07.07.016	Cintilografia Cerebral	SIM	SIM
4.07.07.032	Cintilografia De Perfusão Cerebral	SIM	SIM
4.07.07.040	Cisternocintilografia	SIM	SIM
4.07.07.059	Cisternocintilografia Para Pesquisa De Fístula Liquórica	SIM	SIM
4.07.07.067	Fluxo Sanguíneo Cerebral	SIM	SIM
4.07.07.075	Mielocintilografia	SIM	SIM
4.07.07.083	Ventrículo-Cintilografia	SIM	SIM
4.07.08.012	Cintilografia Com Análogo De Somatostatina	SIM	SIM
4.07.08.020	Cintilografia Com Gálio-67	SIM	SIM
4.07.08.039	Cintilografia Com Leucócitos Marcados	SIM	SIM
4.07.08.047	Cintilografia Com Mibg (Metaiodobenzilguanidina)	SIM	SIM
4.07.08.063	Cintilografia De Mama (Bilateral)	SIM	SIM
4.07.08.071	Demarcação Radioisotópica De Lesões Tumorais	SIM	SIM
4.07.08.080	Detecção Intraoperatória Radioguiada De Lesões Tumorais	SIM	SIM
4.07.08.098	Detecção Intraoperatória Radioguiada De Linfonodo Sentinela	SIM	SIM

4.07.08.101	Linfocintilografia	SIM	SIM
4.07.08.110	Quantificação Da Captação Pulmonar Com Gálio-67	SIM	SIM
4.07.08.128	Pet Dedicado Oncológico	SIM	SIM
4.07.09.019	Cintilografia Para Detecção De Aspiração Pulmonar	SIM	SIM
4.07.09.027	Cintilografia Pulmonar (Inalação)	SIM	SIM
4.07.09.035	Cintilografia Pulmonar (Perfusão)	SIM	SIM
4.07.10.017	Sessão Médica Para Planejamento Técnico De Radioisotopoterapia	SIM	SIM
4.07.10.025	Tratamento Com Metaiodobenzilguanidina (Mibg)	SIM	SIM
4.07.10.033	Tratamento Da Policitemia Vera	SIM	SIM
4.07.10.041	Tratamento De Câncer Da Tireóide	SIM	SIM
4.07.10.050	Tratamento De Hipertireoidismo-Bócio Nodular Tóxico (Graves)	SIM	SIM
4.07.10.068	Tratamento De Hipertireoidismo-Bócio Nodular Tóxico (Plummer)	SIM	SIM
4.07.10.076	Tratamento De Metástases Ósseas (Estrôncio-90)	SIM	SIM
4.07.10.084	Tratamento De Metástases Ósseas (Samário-153)	SIM	SIM
4.07.10.092	Tratamento De Tumores Neuroendócrinos	SIM	SIM
4.07.10.106	Controle Após Terapia Com Lutécio	SIM	SIM
4.07.11.021	Imunocintilografia (Anticorpos Monoclonais)	SIM	SIM
4.08.01.012	Rx - Crânio - 2 Incidências	NÃO	SIM
4.08.01.020	Rx - Crânio - 3 Incidências	NÃO	SIM
4.08.01.039	Rx - Crânio - 4 Incidências	NÃO	SIM
4.08.01.047	Rx - Orelha, Mastóides Ou Rochedos - Bilateral	NÃO	SIM
4.08.01.055	Rx - Órbitas - Bilateral	NÃO	SIM
4.08.01.063	Rx - Seios Da Face	NÃO	SIM
4.08.01.071	Rx - Sela Túrcica	NÃO	SIM
4.08.01.080	Rx - Maxilar Inferior	NÃO	SIM
4.08.01.098	Rx - Ossos Da Face	NÃO	SIM
4.08.01.101	Rx - Arcos Zigomáticos Ou Malar Ou Apófises Estilóides	NÃO	SIM
4.08.01.110	Rx - Articulação Temporomandibular - Bilateral	NÃO	SIM
4.08.01.128	Rx - Adenóides Ou Cavum	NÃO	SIM
4.08.01.136	Rx - Panorâmica De Mandíbula (Ortopantomografia)	NÃO	SIM
4.08.01.160	Rx - Arcada Dentária (Por Arcada)	NÃO	SIM
4.08.01.179	Rx - Radiografia Peri-Apical	NÃO	SIM
4.08.01.187	Rx - Radiografia Oclusal	NÃO	SIM
4.08.01.195	Rx - Planigrafia Linear De Crânio Ou Sela Túrcica Ou Face Ou Mastóide	NÃO	SIM
4.08.01.209	Rx - Incidência Adicional De Crânio Ou Face	NÃO	SIM
4.08.02.019	Rx - Coluna Cervical - 3 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.027	Rx - Coluna Cervical - 5 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.035	Rx - Coluna Dorsal - 2 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.043	Rx - Coluna Dorsal - 4 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.051	Rx - Coluna Lombo-Sacra - 3 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.060	Rx - Coluna Lombo-Sacra - 5 Incidências	NÃO	SIM
4.08.02.078	Rx - Sacro-Coccix	NÃO	SIM
4.08.02.086	Rx - Coluna Dorso-Lombar Para Escoliose	NÃO	SIM
4.08.02.094	Rx - Coluna Total Para Escoliose (Telespondilografia)	NÃO	SIM
4.08.02.108	Rx - Planigrafia De Coluna Vertebral (Dois Planos)	NÃO	SIM
4.08.02.116	Rx - Incidência Adicional De Coluna	NÃO	SIM
4.08.03.015	Rx - Esterno	NÃO	SIM
4.08.03.023	Rx - Articulação Esternoclavicular	NÃO	SIM

4.08.03.031	Rx - Costelas - Por Hemitórax	NÃO	SIM
4.08.03.040	Rx - Clavícula	NÃO	SIM
4.08.03.058	Rx - Omoplata Ou Escápula	NÃO	SIM
4.08.03.066	Rx - Articulação Acromioclavicular	NÃO	SIM
4.08.03.074	Rx - Articulação Escapuloumeral (Ombro)	NÃO	SIM
4.08.03.082	Rx - Braço	NÃO	SIM
4.08.03.090	Rx - Cotovelo	NÃO	SIM
4.08.03.104	Rx - Antebraço	NÃO	SIM
4.08.03.112	Rx - Punho	NÃO	SIM
4.08.03.120	Rx - Mão Ou Quirodáctilo	NÃO	SIM
4.08.03.139	Rx - Mãos E Punhos Para Idade Óssea	NÃO	SIM
4.08.03.147	Rx - Incidência Adicional De Membro Superior	NÃO	SIM
4.08.03.155	Rx - Escafóide	NÃO	SIM
4.08.04.011	Rx - Bacia	NÃO	SIM
4.08.04.020	Rx - Articulações Sacroilíacas	NÃO	SIM
4.08.04.038	Rx - Articulação Coxofemoral (Quadril)	NÃO	SIM
4.08.04.046	Rx - Coxa	NÃO	SIM
4.08.04.054	Rx - Joelho	NÃO	SIM
4.08.04.062	Rx - Patela	NÃO	SIM
4.08.04.070	Rx - Perna	NÃO	SIM
4.08.04.089	Rx - Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	NÃO	SIM
4.08.04.097	Rx - Pé Ou Pododáctilo	NÃO	SIM
4.08.04.100	Rx - Calcâneo	NÃO	SIM
4.08.04.119	Rx - Escanometria	NÃO	SIM
4.08.04.127	Rx - Panorâmica Dos Membros Inferiores	NÃO	SIM
4.08.04.135	Rx - Incidência Adicional De Membro Inferior	NÃO	SIM
4.08.05.018	Rx - Tórax - 1 Incidência	NÃO	SIM
4.08.05.026	Rx - Tórax - 2 Incidências	NÃO	SIM
4.08.05.034	Rx - Tórax - 3 Incidências	NÃO	SIM
4.08.05.042	Rx - Tórax - 4 Incidências	NÃO	SIM
4.08.05.050	Rx - Coração E Vasos Da Base	NÃO	SIM
4.08.05.069	Rx - Planigrafia De Tórax, Mediastino Ou Laringe	NÃO	SIM
4.08.05.077	Rx - Laringe Ou Hipofaringe Ou Pescoço (Partes Moles)	NÃO	SIM
4.08.06.014	Rx - Deglutograma	NÃO	SIM
4.08.06.022	Rx - Videodeglutograma	NÃO	SIM
4.08.06.030	Rx - Esôfago	NÃO	SIM
4.08.06.049	Rx - Estômago E Duodeno	NÃO	SIM
4.08.06.057	Rx - Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno	NÃO	SIM
4.08.06.065	Rx - Trânsito E Morfologia Do Delgado	NÃO	SIM
4.08.06.073	Rx - Estudo Do Delgado Com Duplo Contraste	NÃO	SIM
4.08.06.081	Rx - Clister Ou Enema Opaco (Duplo Contraste)	NÃO	SIM
4.08.06.090	Rx - Defecograma	NÃO	SIM
4.08.06.103	Rx - Colangiografia Intra-Operatória	NÃO	SIM
4.08.06.111	Rx - Colangiografia Pós-Operatória (Pelo Dreno)	NÃO	SIM
4.08.06.200	Rx - Videodefecograma	NÃO	SIM
4.08.07.010	Rx - Urografia Venosa Com Bexiga Pré E Pós-Miccional	NÃO	SIM
4.08.07.029	Rx - Pielografia Ascendente	NÃO	SIM
4.08.07.037	Rx - Urografia Venosa Minutada 1-2-3	NÃO	SIM

4.08.07.045	Rx - Urografia Venosa Com Nefrotomografia	NÃO	SIM
4.08.07.053	Rx - Uretrocistografia De Adulto	NÃO	SIM
4.08.07.061	Rx - Uretrocistografia De Criança (Até 12 Anos)	NÃO	SIM
4.08.07.070	Rx - Tomografia Renal Sem Contraste	NÃO	SIM
4.08.07.088	Rx - Pênis	NÃO	SIM
4.08.07.096	Rx - Uretrocistografia Retrôgada	NÃO	SIM
4.08.08.017	Rx - Abdome Simples	NÃO	SIM
4.08.08.025	Rx - Abdome Agudo	NÃO	SIM
4.08.08.033	Mamografia Convencional Bilateral	SIM	SIM
4.08.08.041	Mamografia Digital Bilateral	SIM	SIM
4.08.08.050	Rx - Ampliação Ou Magnificação De Lesão Mamária	NÃO	SIM
4.08.08.114	Rx - Esqueleto (Incidências Básicas De: Crânio, Coluna, Bacia E Membros)	NÃO	SIM
4.08.08.122	Densitometria Óssea (Um Segmento)	NÃO	SIM
4.08.08.130	Densitometria Óssea - Rotina: Coluna E Fêmur (Ou Dois Segmentos)	NÃO	SIM
4.08.08.149	Densitometria Óssea - Corpo Inteiro (Avaliação De Massa Óssea Ou De Composição Corporal)	NÃO	SIM
4.08.08.157	Rx - Avaliação De Fraturas Vertebrais Por Dxa	NÃO	SIM
4.08.08.165	Planigrafia De Osso	NÃO	SIM
4.08.08.190	Marcação Pré-Cirúrgica Por Nódulo - Máximo De 3 Nódulos Por Mama, Por Estereotaxia (Não Inclui Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.211	Marcação Pré-Cirúrgica Por Nódulo - Máximo De 3 Nódulos Por Mama, Por Rm (Não Inclui Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.220	Punção Ou Biópsia Mamária Percutânea Por Agulha Fina Orientada Por Estereotaxia (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.08.238	Punção Ou Biópsia Mamária Percutânea Por Agulha Fina Orientada Por Us (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.08.246	Punção Ou Biópsia Mamária Percutânea Por Agulha Fina Orientada Por Tc (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.08.254	Biópsia Percutânea De Fragmento Mamário Por Agulha Grossa (Core Biopsy) Orientada Por Estereotaxia (Não Inclui O Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.262	Biópsia Percutânea De Fragmento Mamário Por Agulha Grossa (Core Biopsy) Orientada Por Us (Não Inclui O Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.270	Biópsia Percutânea De Fragmento Mamário Por Agulha Grossa (Core Biopsy) Orientada Por Rm (Não Inclui O Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.289	Mamotomia Por Estereotaxia (Não Inclui O Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.08.297	Mamotomia Por Us (Não Inclui O Exame De Imagem)	SIM	SIM
4.08.09.021	Sialografia (Por Glândula)	NÃO	SIM
4.08.09.030	Histerossalpingografia	NÃO	SIM
4.08.09.048	Artrografia Ou Pneumoartrografia	SIM	SIM
4.08.09.056	Fistulografia	SIM	SIM
4.08.09.064	Colangiografia Transcutânea	SIM	SIM
4.08.09.072	Colangiopancreatografia Retrógrada	SIM	SIM
4.08.09.080	Dacriocistografia	SIM	SIM
4.08.09.102	Drenagem Percutânea Orientada Por Rx (Acrescentar O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.09.153	Punção Biópsia/Aspirativa De Órgão Ou Estrutura Orientada Por Rx (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.09.161	Punção Biópsia/Aspirativa De Órgão Ou Estrutura Orientada Por Us (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.09.170	Punção Biópsia/Aspirativa De Órgão Ou Estrutura Orientada Por Tc (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.09.188	Punção Biópsia/Aspirativa De Órgão Ou Estrutura Orientada Por Rm (Não Inclui O Exame De Base)	SIM	SIM
4.08.10.011	Mielografia Segmentar (Por Segmento)	NÃO	SIM
4.08.10.020	Teste De Oclusão De Artéria Carótida Ou Vertebral	NÃO	SIM

4.08.10.046	Avaliação Hemodinâmica Por Cateterismo (Aferimento De Pressão Ou Fluxo Arterial Ou Venoso)	NÃO	SIM
4.08.11.018	Radioscopia Diagnóstica	NÃO	SIM
4.08.11.026	Radioscopia Para Acompanhamento De Procedimento Cirúrgico (Por Hora Ou Fração)	NÃO	SIM
4.08.12.014	Aortografia Abdominal Por Punção Translombar	SIM	SIM
4.08.12.022	Angiografia Por Punção	SIM	SIM
4.08.12.030	Angiografia Por Cateterismo Não Seletivo De Grande Vaso	SIM	SIM
4.08.12.049	Angiografia Por Cateterismo Seletivo De Ramo Primário - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.12.057	Angiografia Por Cateterismo Supraseletivo De Ramo Secundário Ou Distal - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.12.065	Angiografia Transoperatória De Posicionamento	SIM	SIM
4.08.12.073	Angiografia Pós-Operatória De Controle	SIM	SIM
4.08.12.081	Flebografia Por Punção Venosa Unilateral	SIM	SIM
4.08.12.090	Flebografia Retrógrada Por Cateterismo - Unilateral	SIM	SIM
4.08.12.103	Portografia Trans-Hepática	SIM	SIM
4.08.12.111	Esplenoportografia Percutânea	SIM	SIM
4.08.12.120	Linfangiadenografia Unilateral	SIM	SIM
4.08.12.138	Cavernosografia	SIM	SIM
4.08.12.146	Fármaco-Cavernosografia (Dinâmica)	SIM	SIM
4.08.13.029	Ablação Percutânea De Tumor Hepático (Qualquer Método) - Método Intervencionista/Terapêutico Por Imagem	SIM	SIM
4.08.13.037	Ablação Percutânea De Tumor Ósseo (Qualquer Método)	SIM	SIM
4.08.13.053	Alcoolização Percutânea De Angioma	SIM	SIM
4.08.13.061	Angioplastia De Ramo Intracraniano	SIM	SIM
4.08.13.070	Angioplastia De Tronco Supra-Aórtico	SIM	SIM
4.08.13.088	Angioplastia De Aorta Para Tratamento De Coarctação	SIM	SIM
4.08.13.100	Angioplastia De Artéria Visceral - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.118	Angioplastia Arterial Ou Venosa De Anastomose Vascular De Fígado Transplantado	SIM	SIM
4.08.13.126	Angioplastia Renal Para Tratamento De Hipertensão Renovascular Ou Outra Condição	SIM	SIM
4.08.13.134	Angioplastia Arterial Ou Venosa De Anastomose Vascular De Rim Transplantado	SIM	SIM
4.08.13.142	Angioplastia De Ramos Hipogástricos Para Tratamento De Impotência	SIM	SIM
4.08.13.150	Angioplastia De Tronco Venoso	SIM	SIM
4.08.13.169	Angioplastia Venosa Para Tratamento De Síndrome De Budd-Chiari	SIM	SIM
4.08.13.177	Angioplastia Transluminal Percutânea	SIM	SIM
4.08.13.185	Angioplastia Transluminal Percutânea Para Tratamento De Obstrução Arterial	SIM	SIM
4.08.13.193	Colocação De Stent Em Ramo Intracraniano	SIM	SIM
4.08.13.207	Colocação De Stent Em Tronco Supra-Aórtico	SIM	SIM
4.08.13.215	Colocação De Stent Aórtico	SIM	SIM
4.08.13.223	Colocação De Stent Para Tratamento De Síndrome De Vci	SIM	SIM
4.08.13.231	Colocação De Cateter Venoso Central Ou Portocath	SIM	SIM
4.08.13.240	Colocação De Filtro De Vci Para Prevenção De Tep	SIM	SIM
4.08.13.258	Colocação De Stent Em Artéria Visceral - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.266	Colocação De Stent Para Tratamento De Obstrução Arterial Ou Venosa	SIM	SIM
4.08.13.274	Colocação De Stent Revestido (Stent-Graft) Para Tratamento De Aneurisma Periférico	SIM	SIM
4.08.13.282	Colocação De Stent Revestido (Stent-Graft) Para Tratamento De Fístula Arteriovenosa	SIM	SIM
4.08.13.290	Colocação De Stent Em Estenose Vascular De Enxerto Transplantado	SIM	SIM

4.08.13.304	Colocação De Stent Em Traquéia Ou Brônquio	SIM	SIM
4.08.13.312	Colocação De Stent Esofagiano, Duodenal Ou Colônico	SIM	SIM
4.08.13.320	Colocação De Stent Biliar	SIM	SIM
4.08.13.339	Colocação De Stent Renal	SIM	SIM
4.08.13.347	Colocação Percutânea De Cateter Pielovesical	SIM	SIM
4.08.13.355	Colocação Percutânea De Stent Vascular	SIM	SIM
4.08.13.363	Coluna Vertebral: Infiltração Foraminal Ou Facetária Ou Articular	SIM	SIM
4.08.13.371	Dilatação Percutânea De Estenose Biliar Cicatricial	SIM	SIM
4.08.13.380	Dilatação Percutânea De Estenose De Conduto Urinário	SIM	SIM
4.08.13.398	Dilatação Percutânea De Estenose De Ducto Pancreático	SIM	SIM
4.08.13.401	Aterectomia Percutânea Orientada Por Rx	SIM	SIM
4.08.13.410	Drenagem Percutânea De Coleção Pleural	SIM	SIM
4.08.13.428	Drenagem Percutânea De Pneumotórax	SIM	SIM
4.08.13.436	Drenagem De Abscesso Pulmonar Ou Mediastinal	SIM	SIM
4.08.13.444	Drenagem Mediastinal Orientada Por Rx Ou Tc	SIM	SIM
4.08.13.452	Drenagem Percutânea De Coleção Infectada Abdominal	SIM	SIM
4.08.13.460	Drenagem Percutânea De Abscesso Hepático Ou Pancreático	SIM	SIM
4.08.13.479	Drenagem Percutânea De Cisto Hepático Ou Pancreático	SIM	SIM
4.08.13.487	Drenagem Percutânea De Via Biliar	SIM	SIM
4.08.13.495	Drenagem Percutânea De Cisto Renal	SIM	SIM
4.08.13.509	Drenagem Percutânea De Abscesso Renal	SIM	SIM
4.08.13.517	Drenagem Percutânea De Coleção Infectada Profunda	SIM	SIM
4.08.13.525	Drenagem Percutânea De Abscesso Retroperitoneal Ou Pélvico	SIM	SIM
4.08.13.533	Drenagem Percutânea Não Especificada	SIM	SIM
4.08.13.541	Embolização De Aneurisma Cerebral Por Oclusão Sacular - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.550	Embolização De Aneurisma Cerebral Por Oclusão Vascular - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.568	Embolização De Malformação Arteriovenosa Cerebral Ou Medular - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.576	Embolização De Fístula Arteriovenosa Em Cabeça, Pescoço Ou Coluna - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.584	Embolização Para Tratamento De Epistaxe	SIM	SIM
4.08.13.592	Embolização De Aneurisma Ou Pseudoaneurisma Visceral	SIM	SIM
4.08.13.606	Embolização Brônquica Para Tratamento De Hemoptise	SIM	SIM
4.08.13.614	Embolização Pulmonar Para Tratamento De Fístula Arteriovenosa Ou Outra Situação	SIM	SIM
4.08.13.622	Embolização De Varizes Esofagianas Ou Gástricas	SIM	SIM
4.08.13.630	Embolização De Hemorragia Digestiva	SIM	SIM
4.08.13.649	Embolização De Ramo Portal	SIM	SIM
4.08.13.657	Embolização Esplênica Para Tratamento De Hiperesplenismo Ou Outra Situação	SIM	SIM
4.08.13.665	Embolização Arterial Para Tratamento De Priapismo	SIM	SIM
4.08.13.673	Embolização Para Tratamento De Impotência	SIM	SIM
4.08.13.681	Embolização De Ramos Hipogástricos Para Tratamento De Sangramento Ginecológico	SIM	SIM
4.08.13.690	Embolização Seletiva De Fístula Ou Aneurisma Renal Para Tratamento De Hematúria	SIM	SIM
4.08.13.703	Embolização De Artéria Renal Para Nefrectomia	SIM	SIM
4.08.13.711	Embolização De Fístula Arteriovenosa Não Especificada Acima - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.720	Embolização De Malformação Vascular - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.738	Embolização De Pseudoaneurisma - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.746	Embolização De Artéria Uterina Para Tratamento De Mioma Ou Outras Situações	SIM	SIM
4.08.13.754	Embolização De Veia Espermática Para Tratamento De Varicocele	SIM	SIM

4.08.13.770	Embolização Definitiva Não Especificada Acima - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.13.789	Embolização De Tumor De Cabeça E Pescoço	SIM	SIM
4.08.13.797	Embolização De Tumor Do Aparelho Digestivo	SIM	SIM
4.08.13.800	Embolização De Tumor Ósseo Ou De Partes Moles	SIM	SIM
4.08.13.819	Embolização De Tumor Não Especificado	SIM	SIM
4.08.13.827	Traqueotomia Percutânea Orientada Por Rx Ou Tc	SIM	SIM
4.08.13.835	Gastrostomia Percutânea Orientada Por Rx Ou Tc	SIM	SIM
4.08.13.843	Colecistostomia Percutânea Orientada Por Rx, Us Ou Tc	SIM	SIM
4.08.13.851	Esclerose Percutânea De Cisto Pancreático	SIM	SIM
4.08.13.860	Celostomia Percutânea Orientada Por Rx Ou Tc	SIM	SIM
4.08.13.878	Nefrostomia Percutânea Orientada Por Rx, Us, Tc Ou Rm	SIM	SIM
4.08.13.886	Pielografia Percutânea Orientada Por Rx, Us, Tc Ou Rm	SIM	SIM
4.08.13.894	Exérese Percutânea De Tumor Benigno Orientada Por Rx, Us, Tc Ou Rm	SIM	SIM
4.08.13.908	Quimioterapia Por Cateter De Tumor De Cabeça E Pescoço	SIM	SIM
4.08.13.916	Químioembolização Para Tratamento De Tumor Hepático	SIM	SIM
4.08.13.924	Quimioterapia Por Cateter Intra-Arterial	SIM	SIM
4.08.13.932	Tips - Anastomose Porto-Cava Percutânea Para Tratamento De Hipertensão Portal	SIM	SIM
4.08.13.940	Implante De Endoprótese Em Aneurisma De Aorta Abdominal Ou Torácica Com Stent Revestido [Stent-Graft]	SIM	SIM
4.08.13.959	Implante De Endoprótese Em Dissecção De Aorta Abdominal Ou Torácica Com Stent Revestido [Stent-Graft]	SIM	SIM
4.08.13.975	Tratamento Do Vasoespasmo Pós-Trauma	SIM	SIM
4.08.13.983	Trombectomia Mecânica Para Tratamento De Tep	SIM	SIM
4.08.13.991	Trombectomia Mecânica Venosa	SIM	SIM
4.08.14.017	Trombectomia Medicamentosa Para Tratamento De Tep	SIM	SIM
4.08.14.025	Trombólise Medicamentosa Arterial Ou Venosa - Por Vaso	SIM	SIM
4.08.14.033	Trombólise Medicamentosa Arterial Ou Venosa Para Tratamento De Isquemia Mesentérica	SIM	SIM
4.08.14.041	Trombólise Medicamentosa Em Troncos Supra-Aórticos E Intracranianos	SIM	SIM
4.08.14.050	Repermeabilização Tubária Para Tratamento De Infertilidade	SIM	SIM
4.08.14.068	Retirada Percutânea De Cálculos Biliares Orientada Por Rx, Us Ou Tc	SIM	SIM
4.08.14.076	Retirada Percutânea De Cálculos Renais Orientada Por Rx, Us Ou Tc	SIM	SIM
4.08.14.084	Retirada Percutânea De Corpo Estranho Intravascular	SIM	SIM
4.08.14.092	Osteoplastia Ou Dissectomia Percutânea [Vertebroplastia E Outras]	SIM	SIM
4.08.14.106	Discografia	SIM	SIM
4.08.14.114	Litotripsia Mecânica De Cálculos Renais Orientada Por Rx Ou Us	SIM	SIM
4.08.14.130	Sinusografia [Abscessografia]	SIM	SIM
4.08.14.149	Paracentese Orientada Por Rx Ou Us	SIM	SIM
4.08.14.157	Manipulação De Drenos Pós-Drenagem [Orientada Por Rx, Tc, Us Ou Rm]	SIM	SIM
4.08.14.165	Esclerose Percutânea De Nódulos Benignos Dirigida Por Rx, Us, Tc Ou Rm	SIM	SIM
4.09.01.017	Us - Globo Ocular - Bilateral	SIM	SIM
4.09.01.025	Us - Globo Ocular Com Doppler Colorido - Bilateral	SIM	SIM
4.09.01.033	Us - Glândulas Salivares [Todas]	SIM	SIM
4.09.01.041	Us - Torácico Extracardíaco	SIM	SIM
4.09.01.050	Ecodopplercardiograma Com Contraste Intracavitário	SIM	SIM
4.09.01.068	Ecodopplercardiograma Com Contraste Para Perfusão Miocárdica - Em Repouso	SIM	SIM
4.09.01.076	Ecodopplercardiograma Com Estresse Farmacológico	SIM	SIM
4.09.01.084	Ecodopplercardiograma Fetal Com Mapeamento De Fluxo Em Cores - Por Feto	SIM	SIM
4.09.01.092	Ecodopplercardiograma Transesofágico [Inclui Transtorácico]	SIM	SIM

4.09.01.106	Ecodopplercardiograma Transtorácico	SIM	SIM
4.09.01.114	Us - Mamas	SIM	SIM
4.09.01.122	Us - Abdome Total (Abdome Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	SIM	SIM
4.09.01.130	Us - Abdome Superior (Fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	SIM	SIM
4.09.01.149	Us - Retroperitônio (Grandes Vasos Ou Adrenais)	SIM	SIM
4.09.01.173	Us - Abdome Inferior Masculino (Bexiga, Próstata E Vesículas Seminais)	SIM	SIM
4.09.01.181	Us - Abdome Inferior Feminino (Bexiga, Útero, Ovário E Anexos)	SIM	SIM
4.09.01.190	Us - Dermatológico - Pele E Subcutâneo	SIM	SIM
4.09.01.203	Us - Órgãos Superficiais (Tireóide Ou Escroto Ou Pênis Ou Crânio)	SIM	SIM
4.09.01.211	Us - Estruturas Superficiais (Cervical Ou Axilas Ou Músculo Ou Tendão)	SIM	SIM
4.09.01.220	Us - Articular (Por Articulação)	SIM	SIM
4.09.01.238	Us - Obstétrica	SIM	SIM
4.09.01.246	Us - Obstétrica Com Doppler Colorido	SIM	SIM
4.09.01.254	Us - Obstétrica Com Translucência Nucal	SIM	SIM
4.09.01.262	Us - Obstétrica Morfológica	SIM	SIM
4.09.01.270	Us - Obstétrica Gestação Múltipla: Cada Feto	SIM	SIM
4.09.01.289	Us - Obstétrica Gestação Múltipla Com Doppler Colorido: Cada Feto	SIM	SIM
4.09.01.297	Us - Obstétrica 1º Trimestre (Endovaginal)	SIM	SIM
4.09.01.300	Us - Transvaginal (Útero, Ovário, Anexos E Vagina)	SIM	SIM
4.09.01.319	Us - Transvaginal Para Controle De Ovulação (3 Ou Mais Exames)	SIM	SIM
4.09.01.335	Us - Próstata Transretal (Não Inclui Abdome Inferior Masculino)	SIM	SIM
4.09.01.351	Doppler Colorido Transfontanela	SIM	SIM
4.09.01.360	Doppler Colorido De Vasos Cervicais Arteriais Bilateral (Carótidas E Vertebrais)	SIM	SIM
4.09.01.378	Doppler Colorido De Vasos Cervicais Venosos Bilateral (Subclávias E Jugulares)	SIM	SIM
4.09.01.386	Doppler Colorido De Órgão Ou Estrutura Isolada	SIM	SIM
4.09.01.394	Doppler Colorido De Aorta E Artérias Renais	SIM	SIM
4.09.01.408	Doppler Colorido De Aorta E Ilíacas	SIM	SIM
4.09.01.416	Doppler Colorido De Artérias Viscerais (Mesentéricas Superior E Inferior E Tronco Celiaco)	SIM	SIM
4.09.01.424	Doppler Colorido De Hemangioma	SIM	SIM
4.09.01.432	Doppler Colorido De Veia Cava Superior Ou Inferior	SIM	SIM
4.09.01.440	Doppler Colorido Peniano Com Fármaco-Indução	SIM	SIM
4.09.01.459	Doppler Colorido Arterial De Membro Superior - Unilateral	SIM	SIM
4.09.01.467	Doppler Colorido Venoso De Membro Superior - Unilateral	SIM	SIM
4.09.01.475	Doppler Colorido Arterial De Membro Inferior - Unilateral	SIM	SIM
4.09.01.483	Doppler Colorido Venoso De Membro Inferior - Unilateral	SIM	SIM
4.09.01.505	Us - Obstétrica: Perfil Biofísico Fetal	SIM	SIM
4.09.01.513	Doppler Colorido De Artérias Penianas (Sem Fármaco Indução)	SIM	SIM
4.09.01.521	Ultrassonografia Biomicroscópica - Monocular	SIM	SIM
4.09.01.530	Ultrassonografia Diagnóstica - Monocular	NÃO	SIM
4.09.01.602	Doppler Transcraniano	SIM	SIM
4.09.01.610	Us - Crânio Para Criança	SIM	SIM
4.09.01.629	Us - Ecodopplercardiograma Com Análise Do Sincronismo Cardíaco	SIM	SIM
4.09.01.637	Us - Ecocardiograma Com Doppler Convencional - Artérias	SIM	SIM
4.09.01.645	Us - Ecocardiograma Com Doppler Convencional - Carótidas	SIM	SIM
4.09.01.653	Us - Ecocardiograma Com Doppler Tecidual Para Ressincronização	SIM	SIM
4.09.01.661	Us - Ecodoppler De Carótidas	SIM	SIM
4.09.01.696	Us - Ecodopplercardiograma Com Estresse Físico	SIM	SIM

4.09.01.700	Ecodopplercardiograma Sob Estresse Físico Ou Farmacológico Com Contraste	SIM	SIM
4.09.01.718	Ecodopplercardiograma Para Ajuste De Marca-Passo	SIM	SIM
4.09.01.734	Us - Peça Cirúrgica	SIM	SIM
4.09.01.742	Us - Transretal Radial	SIM	SIM
4.09.01.750	Us - Próstata [Via Abdominal]	SIM	SIM
4.09.01.769	Us - Aparelho Urinário (Rins, Ureteres E Bexiga)	SIM	SIM
4.09.02.013	Us - Obstétrica: Com Amniocentese	SIM	SIM
4.09.02.021	Us - Obstétrica 1º Trimestre Com Punção: Biópsia Ou Aspirativa	SIM	SIM
4.09.02.030	Us - Próstata Transretal Com Biópsia - Até 8 Fragmentos	SIM	SIM
4.09.02.048	Us - Próstata Transretal Com Biópsia - Mais De 8 Fragmentos	SIM	SIM
4.09.02.056	Us - Intra-Operatório	SIM	SIM
4.09.02.064	Doppler Colorido Intra-Operatório	SIM	SIM
4.09.02.072	Ecodopplercardiograma Transoperatório (Transesofágico Ou Epicárdico) [1ª Hora]	SIM	SIM
4.09.02.080	Ecodopplercardiograma Transoperatório (Transesofágico Ou Epicárdico) - Por Hora Suplementar	SIM	SIM
4.09.02.110	Drenagem Percutânea Orientada Por Us (Acrescentar O Exame De Base)	SIM	SIM
4.09.02.129	Redução De Invaginação Intestinal Por Enema, Orientada Por Us (Acrescentar O Exame De Base)	SIM	SIM
4.10.01.010	Tc - Crânio Ou Sela Túrcica Ou Órbitas	SIM	SIM
4.10.01.028	Tc - Mastóides Ou Orelhas	SIM	SIM
4.10.01.036	Tc - Face Ou Seios Da Face	SIM	SIM
4.10.01.044	Tc - Articulações Temporomandibulares	SIM	SIM
4.10.01.052	Tc - Dental (Dentascan)	SIM	SIM
4.10.01.060	Tc - Pescoço (Partes Moles, Laringe, Tireóide, Faringe E Glândulas Salivares)	SIM	SIM
4.10.01.079	Tc - Tórax	SIM	SIM
4.10.01.095	Tc - Abdome Total (Abdome Superior, Pelve E Retroperitônio)	SIM	SIM
4.10.01.109	Tc - Abdome Superior	SIM	SIM
4.10.01.117	Tc - Pelve Ou Bacia	SIM	SIM
4.10.01.125	Tc - Coluna Cervical Ou Dorsal Ou Lombo-Sacra (Até 3 Segmentos)	SIM	SIM
4.10.01.133	Tc - Coluna - Segmento Adicional	SIM	SIM
4.10.01.141	Tc - Articulação (Esternoclavicular Ou Ombro Ou Cotovelo Ou Punho Ou Sacroilíacas Ou Coxofemoral Ou Joelho Ou Tornozelo) - Unilateral	SIM	SIM
4.10.01.150	Tc - Segmento Apendicular (Braço Ou Antebraço Ou Mão Ou Coxa Ou Perna Ou Pé) - Unilateral	SIM	SIM
4.10.01.176	Angiotomografia De Aorta Torácica	SIM	SIM
4.10.01.184	Angiotomografia De Aorta Abdominal	SIM	SIM
4.10.01.222	Tc Para Pet Dedicado Oncológico	SIM	SIM
4.10.01.230	Tc - Angiotomografia Coronariana	SIM	SIM
4.10.01.273	Tc - Mandíbula	SIM	SIM
4.10.01.281	Tc - Maxilar	SIM	SIM
4.10.01.338	Tc - Radiocirurgia Esterotóxica	SIM	SIM
4.10.01.370	Angiotomografia Arterial De Crânio	SIM	SIM
4.10.01.389	Angiotomografia Venosa De Crânio	SIM	SIM
4.10.01.397	Angiotomografia Arterial De Pescoço	SIM	SIM
4.10.01.400	Angiotomografia Venosa De Pescoço	SIM	SIM
4.10.01.419	Angiotomografia Arterial De Tórax	SIM	SIM
4.10.01.427	Angiotomografia Venosa De Tórax	SIM	SIM
4.10.01.435	Angiotomografia Arterial De Abdome Superior	SIM	SIM
4.10.01.443	Angiotomografia Venosa De Abdome Superior	SIM	SIM
4.10.01.451	Angiotomografia Arterial De Pelve	SIM	SIM

4.10.01.460	Angiotomografia Venosa De Pelve	SIM	SIM
4.10.01.478	Angiotomografia Arterial De Membro Inferior	SIM	SIM
4.10.01.516	Angiotomografia Arterial Pulmonar	SIM	SIM
4.10.01.524	Angiotomografia Venosa Pulmonar	SIM	SIM
4.10.01.532	Tc Para Planejamento Oncológico	SIM	SIM
4.10.02.016	Tomomielografia [Até 3 Segmentos] - Acrescentar A Tc Da Coluna E Incluir A Punção	SIM	SIM
4.10.02.032	Drenagem Percutânea Orientada Por Tc [Acrescentar O Exame De Base]	SIM	SIM
4.10.02.040	Tc - Punção Para Introdução De Contraste [Acrescentar O Exame De Base]	SIM	SIM
4.10.02.059	Artro-Tc	SIM	SIM
4.11.01.014	Rm - Crânio [Encéfalo]	SIM	SIM
4.11.01.022	Rm - Sela Túrcica [Hipófise]	SIM	SIM
4.11.01.030	Rm - Base Do Crânio	SIM	SIM
4.11.01.057	Perfusão Cerebral Por Rm	SIM	SIM
4.11.01.065	Espectroscopia Por Rm	SIM	SIM
4.11.01.073	Rm - Órbita Bilateral	SIM	SIM
4.11.01.081	Rm - Ossos Temporais Bilateral	SIM	SIM
4.11.01.090	Rm - Face [Inclui Seios Da Face]	SIM	SIM
4.11.01.103	Rm - Articulação Temporomandibular [Bilateral]	SIM	SIM
4.11.01.111	Rm - Pescoço [Nasofaringe, Orofaringe, Laringe, Traquéia, Tireóide, Paratireóide]	SIM	SIM
4.11.01.120	Rm - Tórax [Mediastino, Pulmão, Parede Torácica]	SIM	SIM
4.11.01.138	Rm - Coração - Morfológico E Funcional	SIM	SIM
4.11.01.146	Rm - Coração - Morfológico E Funcional + Perfusão + Estresse	SIM	SIM
4.11.01.154	Rm - Coração - Morfológico E Funcional + Perfusão + Viabilidade Miocárdica	SIM	SIM
4.11.01.170	Rm - Abdome Superior [Fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-Renais, Retroperitônio]	SIM	SIM
4.11.01.189	Rm - Pelve [Não Inclui Articulações Coxofemorais]	SIM	SIM
4.11.01.197	Rm - Fetal	SIM	SIM
4.11.01.200	Rm - Pênis	SIM	SIM
4.11.01.219	Rm - Bolsa Escrotal	SIM	SIM
4.11.01.227	Rm - Coluna Cervical Ou Dorsal Ou Lombar	SIM	SIM
4.11.01.235	Rm - Fluxo Liquórico [Como Complementar]	SIM	SIM
4.11.01.243	Rm - Plexo Braquial [Desfiladeiro Torácico] Ou Lombossacral [Não Inclui Coluna Cervical Ou Lombar]	SIM	SIM
4.11.01.251	Rm - Membro Superior Unilateral [Não Inclui Mão E Articulações]	SIM	SIM
4.11.01.260	Rm - Mão [Não Inclui Punho]	SIM	SIM
4.11.01.278	Rm - Bacia [Articulações Sacroilíacas]	SIM	SIM
4.11.01.286	Rm - Coxa [Unilateral]	SIM	SIM
4.11.01.294	Rm - Perna [Unilateral]	SIM	SIM
4.11.01.308	Rm - Pé [Antepé] - Não Inclui Tornozelo	SIM	SIM
4.11.01.316	Rm - Articular [Por Articulação]	SIM	SIM
4.11.01.332	Angio-Rm De Aorta Torácica	SIM	SIM
4.11.01.340	Angio-Rm De Aorta Abdominal	SIM	SIM
4.11.01.359	Hidro-Rm [Colângio-Rm Ou Uro-Rm Ou Mielo-Rm Ou Sialo-Rm Ou Cistografia Por Rm]	SIM	SIM
4.11.01.472	Rm - Planejamento	SIM	SIM
4.11.01.480	Rm - Mama [Bilateral]	SIM	SIM
4.11.01.499	Angio-Rm Arterial Pulmonar	SIM	SIM
4.11.01.502	Angio-Rm Venosa Pulmonar	SIM	SIM
4.11.01.510	Angio-Rm Arterial De Abdome Superior	SIM	SIM

4.11.01.529	Angio-Rm Venosa De Abdome Superior	SIM	SIM
4.11.01.537	Angio-Rm Arterial De Crânio	SIM	SIM
4.11.01.545	Angio-Rm Venosa De Crânio	SIM	SIM
4.11.01.553	Angio-Rm Arterial De Membro Inferior (Unilateral)	SIM	SIM
4.11.01.596	Angio-Rm Arterial De Pelve	SIM	SIM
4.11.01.600	Angio-Rm Venosa De Pelve	SIM	SIM
4.11.01.618	Angio-Rm Arterial De Pescoço	SIM	SIM
4.11.01.626	Angio-Rm Venosa De Pescoço	SIM	SIM
4.11.01.669	Rm Para Planejamento Oncológico	SIM	SIM
4.11.02.010	Artro-Rm (Incluir A Punção Articular) - Por Articulação	SIM	SIM
4.12.03.011	Betaterapia (Placa De Estrôncio) - Por Campo	SIM	SIM
4.12.03.020	Radiocirurgia (Rtc) - Nível 1, Lesão Única E/Ou Um Isocentro - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.038	Radiocirurgia (Rtc) - Nível 2, Duas Lesões E/Ou Dois A Quatro Isocentros - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.046	Radiocirurgia (Rtc) - Nível 3, Três Lesões E/Ou De Mais De Quatro Isocentros - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.054	Radioterapia Com Modulação Da Intensidade Do Feixe (Imrt) - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.062	Radioterapia Conformada Tridimensional (Rct-3D) Com Acelerador Linear - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.070	Radioterapia Convencional De Megavoltagem Com Acelerador Linear Com Fótons E Elétrons - Por Campo	SIM	SIM
4.12.03.089	Radioterapia Convencional De Megavoltagem Com Acelerador Linear Só Com Fótons - Por Campo	SIM	SIM
4.12.03.097	Radioterapia Convencional De Megavoltagem Com Unidade De Telecobalto - Por Campo	SIM	SIM
4.12.03.100	Radioterapia De Corpo Inteiro - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.119	Radioterapia De Meio Corpo (Hbi) - Por Dia De Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.127	Radioterapia De Pele Total (Tsi) - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.135	Radioterapia Estereotática - 1º Dia De Tratamento	SIM	SIM
4.12.03.143	Radioterapia Estereotática - Por Dia Subsequente	SIM	SIM
4.12.03.151	Radioterapia Externa De Ortovoltagem (Roentgenerapia) - Por Campo	SIM	SIM
4.12.03.208	Sangues E Derivados (Por Unidade)	SIM	SIM
4.12.04.018	Colimação Individual - 1 Por Incidência Planejada	SIM	SIM
4.12.04.026	Filme De Verificação (Cheque-Filme) - 1 Por Incidência Planejada/Semana - Filme A Parte	SIM	SIM
4.12.04.034	Planejamento De Tratamento Computadorizado - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.042	Planejamento De Tratamento Computadorizado Tridimensional - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.050	Planejamento De Tratamento Simples (Não Computadorizado) - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.069	Simulação De Tratamento Complexa (Com Tomografia E Com Contraste) - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.077	Simulação De Tratamento Intermediária (Com Tomografia) - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.085	Simulação De Tratamento Simples (Sem Tomografia Computadorizada) - 1 Por Volume Tratado	SIM	SIM
4.12.04.093	Sistemas De Imobilização - Cabeça (Máscaras) Ou Membros - 1 Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.04.107	Sistemas De Imobilização - Tórax, Abdome Ou Pélvis - 1 Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.05.014	Braquiterapia Endoluminal De Alta Taxa De Dose (Batd) - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.022	Braquiterapia Endoluminal De Baixa Taxa De Dose (Bbtd) - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.030	Braquiterapia Intersticial De Alta Taxa De Dose (Batd) - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.049	Braquiterapia Intersticial De Baixa Taxa De Dose (Bbtd) - Com Césio - Por Inserção	SIM	SIM

4.12.05.057	Braquiterapia Intersticial De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] Permanente De Próstata - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.05.065	Braquiterapia Intersticial De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] Com Ouro, Irídio Ou Iodo - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.05.073	Braquiterapia Intracavitária De Alta Taxa De Dose [Batd] - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.081	Braquiterapia Intracavitária De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] Com Césio - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.090	Braquiterapia Oftálmica De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.103	Braquiterapia Por Moldagem Ou Contato De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] Com Césio - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.05.111	Braquiterapia Por Moldagem Ou Contato De Baixa Taxa De Dose [Bbtd] Com Ouro, Irídio Ou Iodo - Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.05.120	Braquiterapia Por Moldagem Ou Contato, De Alta Taxa De Dose [Batd] - Por Inserção	SIM	SIM
4.12.06.010	Filme De Verificação [Cheque-Filme] De Braquiterapia - 2 Por Inserção - Filme À Parte	SIM	SIM
4.12.06.029	Colocação Ou Retirada Da Placa Oftálmica - 1 Colocação E 1 Retirada Por Tratamento	SIM	SIM
4.12.06.037	Colocação Ou Retirada Dos Cateteres - 1 Colocação E 1 Retirada Por Inserção	SIM	SIM
4.12.06.045	Planejamento Computadorizado De Braquiterapia - 1 Por Inserção	SIM	SIM
4.12.06.053	Planejamento Computadorizado Tridimensional De Braquiterapia - 1 Por Inserção	SIM	SIM
4.12.06.061	Planejamento Não-Computadorizado De Braquiterapia - 1 Por Inserção	SIM	SIM
4.12.06.070	Simulação De Braquiterapia - 1 Por Inserção	SIM	SIM
4.13.01.013	Angiofluoresceinografia - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.021	Angiografia Com Indocianina Verde - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.030	Avaliação Órbita-Palpebral-Exoftalmometria - Binocular	NÃO	SIM
4.13.01.048	Bioimpedanciometria [Ambulatorial] Exame	NÃO	SIM
4.13.01.056	Biópsia Do Vilo Corial	NÃO	SIM
4.13.01.064	Calorimetria Indireta [Ambulatorial] Exame	NÃO	SIM
4.13.01.072	Campimetria Manual - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.080	Ceratoscopia Computadorizada - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.099	Coleta De Material Cérvico-Vaginal	NÃO	SIM
4.13.01.102	Colposcopia [Cérvice Uterina E Vagina]	NÃO	SIM
4.13.01.110	Cordocentese	NÃO	SIM
4.13.01.129	Curva Tensional Diária - Binocular	NÃO	SIM
4.13.01.137	Dermatoscopia [Por Lesão]	NÃO	SIM
4.13.01.145	Ereção Fármaco-Induzida	NÃO	SIM
4.13.01.153	Estéreo-Foto De Papila - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.161	Estesiometria [Por Membro]	NÃO	SIM
4.13.01.170	Avaliação De Vias Lacrimais [Teste De Schirmer] - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.188	Exame A Fresco Do Conteúdo Vaginal E Cervical	NÃO	SIM
4.13.01.200	Exame De Motilidade Ocular [Teste Ortóptico] - Binocular	NÃO	SIM
4.13.01.218	Exame Micológico - Cultura E Identificação De Colônia	NÃO	SIM
4.13.01.226	Exame Micológico Direto [Por Local]	NÃO	SIM
4.13.01.234	Fotodermatoscopia [Por Lesão]	NÃO	SIM
4.13.01.242	Gonioscopia - Binocular	NÃO	SIM
4.13.01.250	Mapeamento De Retina [Oftalmoscopia Indireta] - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.269	Microscopia Especular De Córnea - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.277	Oftalmodinamometria - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.285	Peniscopia [Inclui Bolsa Escrotal]	NÃO	SIM
4.13.01.307	Potencial De Acuidade Visual - Monocular	NÃO	SIM

4.13.01.315	Retinografia [Só Honorário] Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.323	Tonometria - Binocular	NÃO	SIM
4.13.01.331	Tricograma	NÃO	SIM
4.13.01.340	Urodinâmica Completa	NÃO	SIM
4.13.01.358	Urofluxometria	NÃO	SIM
4.13.01.366	Visão Subnormal - Monocular	NÃO	SIM
4.13.01.374	Vulvoscopia [Vulva E Períneo]	NÃO	SIM
4.13.01.382	Capilaroscopia Periungueal	NÃO	SIM
4.13.01.390	Coleta De Raspado Dérmico Em Lesões E Sítios Específicos Para Baciloscopia [Por Sítio]	NÃO	SIM
4.13.01.471	Teste Do Reflexo Vermelho Em Recém Nato [Teste Do Olhinho]	NÃO	SIM
4.13.01.498	Exame Neuro Oftalmológico	NÃO	SIM
4.13.01.528	Cauterização De Alta Frequência Em Sistema Genital E Reprodutor Feminino	NÃO	SIM
4.13.01.536	Colposcopia Anal	NÃO	SIM
4.13.01.544	Colposcopia Por Vídeo	NÃO	SIM
4.13.01.552	Vulvoscopia Por Vídeo	NÃO	SIM
4.14.01.018	Avaliação Da Função Muscular [Por Movimento] Com Equipamento Informatizado [Isocinético]	NÃO	SIM
4.14.01.026	Avaliação Da Função Muscular [Por Movimento] Com Equipamento Mecânico [Dinamometria/Módulos De Cargas]	NÃO	SIM
4.14.01.042	Prova De Auto-Rotação Cefálica	NÃO	SIM
4.14.01.069	Provas Imuno-Alérgicas Para Bactérias [Por Antígeno]	NÃO	SIM
4.14.01.077	Provas Imuno-Alérgicas Para Fungos [Por Antígeno]	NÃO	SIM
4.14.01.085	Teste Da Histamina [Duas Áreas Testadas]	NÃO	SIM
4.14.01.107	Teste De Broncoprovocação	NÃO	SIM
4.14.01.131	Teste De Equilíbrio Peritoneal [Pet]	NÃO	SIM
4.14.01.166	Teste De Exercício Em Ergômetro Com Realização De Gasometria Arterial	NÃO	SIM
4.14.01.174	Teste De Exercício Em Ergômetro Com Monitorização Da Frequência Cardíaca	NÃO	SIM
4.14.01.182	Teste De Exercício Em Ergômetro Com Monitorização Do Eletrocardiograma	NÃO	SIM
4.14.01.190	Teste De Exercício Em Ergômetro Com Medida De Gases Expirados [Teste Cardiopulmonar De Exercício] Com Qualquer Ergômetro	NÃO	SIM
4.14.01.204	Teste De Exercício Em Ergômetro Com Medida De Gases Expirados E Eletrocardiograma	NÃO	SIM
4.14.01.212	Teste De Glicerol [Com Audiometria Tonal Limiar Pré E Pós]	NÃO	SIM
4.14.01.220	Teste De Glicerol [Com Eletrococleografia Pré E Pós]	NÃO	SIM
4.14.01.239	Teste De Hilger Para Paralisia Facial	NÃO	SIM
4.14.01.247	Teste De Huhner	NÃO	SIM
4.14.01.255	Teste De Mitsuda	NÃO	SIM
4.14.01.263	Teste De Prótese Auditiva	NÃO	SIM
4.14.01.271	Teste De Sensibilidade De Contraste Ou De Cores - Monocular	NÃO	SIM
4.14.01.298	Teste Para Broncoespasmo De Exercício	NÃO	SIM
4.14.01.301	Teste Provocativo Para Glaucoma - Binocular	NÃO	SIM
4.14.01.360	Testes Cutâneo-Alérgicos Para Alérgenos Da Poeira	NÃO	SIM
4.14.01.379	Testes Cutâneo-Alérgicos Para Alimentos	NÃO	SIM
4.14.01.387	Testes Cutâneo-Alérgicos Para Fungos	NÃO	SIM
4.14.01.395	Testes Cutâneo-Alérgicos Para Insetos Hematófagos	NÃO	SIM
4.14.01.409	Testes Cutâneo-Alérgicos Para Pólen	NÃO	SIM
4.14.01.425	Testes De Contato - Até 30 Substâncias	NÃO	SIM
4.14.01.433	Testes De Contato - Por Substância, Acima De 30	NÃO	SIM
4.14.01.441	Testes De Contato Por Fotossensibilização - Até 30 Substâncias	NÃO	SIM

4.14.01.450	Testes De Contato Por Fotossensibilização - Por Substância, Acima De 30	NÃO	SIM
4.14.01.468	Testes Do Desenvolvimento [Escala De Denver E Outras]	NÃO	SIM
4.14.01.476	Testes Vestibulares, Com Prova Calórica, Com Eletronistagmografia	NÃO	SIM
4.14.01.484	Testes Vestibulares, Com Prova Calórica, Sem Eletronistagmografia	NÃO	SIM
4.14.01.492	Testes Vestibulares, Com Vecto-Eletronistagmografia	NÃO	SIM
4.14.01.514	Oximetria Não Invasiva	NÃO	SIM
4.14.01.522	Teste Cutâneo-Alérgicos Para Látex	NÃO	SIM
4.14.01.530	Teste Cutâneo-Alérgicos Epitelis De Animais	NÃO	SIM
4.14.01.557	Repertorização	NÃO	SIM
4.14.01.565	Teste De Avaliação Geriátrica Global	NÃO	SIM
4.14.01.654	Teste De Fluxo Salivar	NÃO	SIM
4.15.01.012	Biometria Ultrassônica - Monocular	NÃO	SIM
4.15.01.020	Cavernosometria	NÃO	SIM
4.15.01.047	Dopplermetria Dos Cordões Espermáticos	NÃO	SIM
4.15.01.063	Investigação Ultrassônica Com Registro Gráfico [Qualquer Área]	NÃO	SIM
4.15.01.071	Investigação Ultrassônica Com Teste De Stress E Com Registro Gráfico	NÃO	SIM
4.15.01.080	Investigação Ultrassônica Com Teste De Stress E Sem Registro Gráfico	NÃO	SIM
4.15.01.098	Investigação Ultrassônica Com Teste De Stress Em Esteira E Com Registro Gráfico	NÃO	SIM
4.15.01.101	Investigação Ultrassônica Sem Registro Gráfico [Qualquer Área]	NÃO	SIM
4.15.01.128	Paquimetria Ultrassônica - Monocular	NÃO	SIM
4.15.01.144	Tomografia De Coerência Óptica - Monocular	NÃO	SIM
4.15.01.195	Pletismografia [Qualquer Tipo] Por Lateralidade Ou Território	NÃO	SIM
4.15.01.209	Medida De Pressão Hepática	NÃO	SIM
5.00.00.012	Sessão De Psicomotricidade Individual	NÃO	SIM
5.00.00.020	Sessão De Psicomotricidade Em Grupo	NÃO	SIM
5.00.00.055	Consulta Individual Ambulatorial, Em Terapia Ocupacional	NÃO	SIM
5.00.00.071	Consulta Individual Hospitalar, Em Terapia Ocupacional	SIM	SIM
5.00.00.080	Sessão Individual Ambulatorial, Em Terapia Ocupacional	SIM	SIM
5.00.00.101	Sessão Individual Hospitalar, Em Terapia Ocupacional	SIM	SIM
5.00.00.128	Sessão De Terapia Ocupacional Em Grupo	SIM	SIM
5.00.00.136	Sessão De Terapia Ocupacional Para Treinamento Órteses, Próteses E Adaptações	SIM	SIM
5.00.00.144	Consulta Ambulatorial Em Fisioterapia	NÃO	SIM
5.00.00.160	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial Ao Paciente Com Disfunção Decorrente De Alterações Do Sistema Músculo-Esquelético	NÃO	SIM
5.00.00.195	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial Ao Paciente Com Disfunção Decorrente De Queimaduras	NÃO	SIM
5.00.00.209	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	NÃO	SIM
5.00.00.217	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial No Pré E Pós Cirúrgico E Em Recuperação De Tecidos	SIM	SIM
5.00.00.233	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial Para Alterações Inflamatórias E Ou Degenerativas Do Aparelho Genito-Urinário E Reprodutor	NÃO	SIM
5.00.00.250	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Domiciliar Ao Paciente Com Disfunção Decorrente De Lesão Do Sistema Nervoso Central E/Ou Periférico	SIM [HOME CARE]	SIM [HOME CARE]
5.00.00.268	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA DOMICILIAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACAES DO SISTEMA MLSCULO-ESQUELÉTICO	SIM [HOME CARE]	SIM [HOME CARE]
5.00.00.276	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Domiciliar Ao Paciente Com Disfunção Decorrente De Alterações No Sistema Respiratório	SIM [HOME CARE]	SIM [HOME CARE]
5.00.00.306	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA DOMICILIAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACAES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	SIM [HOME CARE]	SIM [HOME CARE]

5.00.00.349	Consulta Hospitalar Em Fisioterapia	SIM	SIM
5.00.00.365	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA HOSPITALAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACAES DO SISTEMA MLSCULO-ESQUELÉTICO	SIM	SIM
5.00.00.381	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA HOSPITALAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACAES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	SIM	SIM
5.00.00.390	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Hospitalar Ao Paciente Com Disfunção Decorrente De Queimaduras	SIM	SIM
5.00.00.403	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA HOSPITALAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACAES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR PERIFÉRICO	SIM	SIM
5.00.00.411	Sessão Para Assistência Fisioterapêutica Hospitalar No Pré E Pós Cirúrgico E Em Recuperação De Tecidos	SIM	SIM
5.00.00.420	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA HOSPITALAR POR ALTERACAES ENDOCRINO-METABCLICAS	SIM	SIM
5.00.00.446	Rpg	NÃO	SIM
5.00.00.454	SESSAO PARA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA HOSPITALAR PARA ALTERACAES INFLAMATcRIAS E OU DEGENERATIVAS DO APARELHO GENITO-URINÁRIO E REPRODUTOR	SIM	SIM
5.00.00.462	Consulta Em Psicologia	NÃO	SIM
5.00.00.470	Sessão De Psicoterapia Individual Por Psicologo	NÃO	SIM
5.00.00.489	Sessão De Psicoterapia Em Grupo Por Psicologo	NÃO	SIM
5.00.00.497	Sessão De Psicoterapia Em Casal Por Psicologo	NÃO	SIM
5.00.00.500	Sessão De Psicoterapia Familiar Por Psicologo	NÃO	SIM
5.00.00.519	Acompanhamento E Reabilitação Profissional Por Psicólogo	NÃO	SIM
5.00.00.560	Consulta Ambulatorial Por Nutricionista	NÃO	SIM
5.00.00.578	Consulta Domiciliar Por Nutricionista	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
5.00.00.586	Consulta Individual Ambulatorial De Fonoaudiologia	NÃO	SIM
5.00.00.608	Consulta Individual Hospitalar De Fonoaudiologia	SIM	SIM
5.00.00.616	Sessão Individual Ambulatorial De Fonoaudiologia	NÃO	SIM
5.00.00.624	Sessão Individual Domiciliar De Fonoaudiologia	SIM (HOME CARE)	SIM (HOME CARE)
5.00.00.632	Sessão Individual Hospitalar De Fonoaudiologia	SIM	SIM
5.00.00.667	Análise Acústica Da Voz Por Fonoaudiólogo	NÃO	SIM
5.00.00.675	Avaliação Do Processamento Auditivo Central Por Fonoaudiólogo	NÃO	SIM

