

## **INSTRUÇÕES GERAIS\_VERSÃO 2024.01**

### **LISTA REFERENCIAL DOS HONORÁRIOS PARA O INTERCÂMBIO NACIONAL**

#### **INTRODUÇÃO**

A Lista Referencial dos Honorários institui o balizamento da remuneração das consultas médicas, assistência clínica e procedimentos cirúrgicos/intervencionistas para os atendimentos médicos assistenciais no Intercâmbio Nacional Unimed.

A responsabilidade de conduzir os trabalhos e coordenar os estudos para a confecção do Rol de Procedimentos Médicos Unimed é da Diretoria de Regulação e Informação da Unimed do Brasil, que é assessorada pelo Comitê de Valorização dos Honorários.

Desde 2008, as consultas médicas, atividades clínicas, diagnósticas, serviços auxiliares e terapias já são valorados por estudos que passam pelo crivo do Comitê de Valorização dos Honorários que leva ao Conselho Confederativo da Unimed do Brasil as propostas de implantação no Intercâmbio Nacional. A partir de 2020, por decisão do Conselho Confederativo, o Comitê de Valorização dos Honorários foi autorizado a reestruturar a lista de referência nacional com a missão de harmonizar a escala de valorização dos honorários médicos em função dos desequilíbrios que a atual lista mostrou, provocando pouca equidade na forma de precificar as atividades das diversas especialidades médicas e áreas de atuação da medicina.

#### **INSTRUÇÕES GERAIS**

##### **VALORIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS NO INTERCÂMBIO NACIONAL**

- I. Os procedimentos foram classificados por quantitativos de Unidades de Trabalho Médico (UTM), estabelecendo-se um referencial proporcional entre eles em uma escala de relativização de cada procedimento em relação aos outros.
- II. Para estabelecer o valor de cada procedimento, efetua-se a multiplicação do valor atribuído à UTM com a quantidade estabelecida de UTMs para cada procedimento.
- III. O valor atribuído à Unidade de Trabalho Médico (UTM) constituirá a referência como índice a ser utilizado para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi-privativos).
- IV. Para os planos superiores ofertados por operadoras, fica prevista a valoração do honorário pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em "hospital-dia" ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.



- V. Quando o paciente se internar voluntariamente em acomodações hospitalares superiores, diferentes das previstas no seu plano de saúde original, a possível remuneração complementar será considerada cabível pelo médico assistente clínico e/ou equipe médica cirúrgica, ficando a encargo do beneficiário ou do responsável, em casos de menores ou incapazes. Nessas situações, o médico assistente e o hospital serão os responsáveis em dar ciência ao beneficiário e/ou responsável pela internação.
- VI. Os atos dos médicos na assistência clínica ou cirúrgica terão seus valores de honorários remunerados de acordo com o tipo de acomodação do paciente, mesmo se ele estiver internado em UTI.
- VII. Foi adotada a codificação da Tabela Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), considerando a obrigação legal da Agência Nacional de Saúde (ANS) de que os registros dos procedimentos devem seguir esse padrão. Alguns códigos tiveram as suas descrições entre parênteses e destacadas em vermelho para complementar a informação do procedimento.
- VIII. No Intercâmbio Nacional, caberá ao Conselho Confederativo aprovar o valor de referência para cada UTM, sendo que na utilização interna da tabela cada Unimed, ou ainda, cada Federação que tenha regras próprias em Intercâmbio Federativo tem os seus fóruns próprios de definição do valor da UTM.
- IX. Além dos procedimentos com cobertura obrigatória pela ANS, o Rol de Procedimentos Médicos Unimed também contempla os já consagrados.
- X. Os procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório, constantes na planilha de procedimentos ambulatoriais que dobram os honorários médicos conforme acomodação vigente e no Manual de Auditoria Médica e Enfermagem aprovado pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos, devem ser pagos de acordo com a categoria de acomodação do plano dos beneficiários (apartamento o dobro dos honorários médicos).
- XI. Para pacientes internados, os portes dos procedimentos de ultrassonografia intervencionista e procedimentos endoscópicos intervencionistas, obedecerão ao previsto no item IV acima, este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional. Não há previsão de dobra para radiologia intervencionista.

#### **VALORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO E TERAPIA NO INTERCÂMBIO NACIONAL**

I. Os procedimentos que constam na planilha de SADT serão pagos conforme os valores já descritos na coluna E “Valor do Procedimento a ser pago no Intercâmbio Nacional”, que contempla a soma do Valor do Honorário Médico com Valor do Custo Operacional.

II. Para coluna F “Valor do Honorário Médico” está previsto a remuneração dos honorários médicos quando realizados e/ou laudados por médicos.



III. A coluna G “Valor do Custo Operacional” será preenchida quando houver a previsão de custo operacional para o procedimento. Ressaltamos que a soma do HM com Custo Operacional não deve ultrapassar o valor total do procedimento.

IV. A coluna L “Valor Taxa de Vídeo” refere-se ao valor integral da taxa de vídeo a ser pago no intercâmbio nacional, seguindo as regras definidas pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos.

V. A coluna O “Baixo Risco se código único SIM ou NÃO”, refere se aos procedimentos que serão considerados baixo risco desde que solicitados em código único.

VI. Nas colunas de N a Q constam as classificações de cada procedimento, sendo os documentos e quantidades exigidas para o Intercâmbio Nacional, respeitando os prazos para encaminhamentos das solicitações conforme RN 395 (orientação no final deste documento).

VII. A coluna “G” refere-se ao pagamento do honorário do anestesista classificados de A a Z, que anteriormente denominados porte anestésico passam a ser indicador anestésico.

## **1.0 - REGRAS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS**

Os procedimentos da clínica médica, da mesma forma que os cirúrgicos, seguirão o padrão de codificação da Tabela Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) e sua descrição. Para fins remuneratórios, valerão as instruções complementares ao descritivo dos procedimentos com a finalidade de dar clareza à valorização dos honorários médicos no que tange à sua realização.

### **1.1 - Consultas médicas**

As quantidades de UTMs e as valorizações atribuídas à Consulta Médica de Consultório (código 10101012) e à Consulta Médica de Unidades de Urgência/Emergência (código 10101039) serão de atribuição do Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional, sendo que cada Unimed na utilização interna da tabela, ou ainda, cada Confederada que tenham regras próprias em Intercâmbio Federativo tem os seus próprios fóruns de definição dos valores para as consultas médicas acima definidas.

### **1.2 - Assistência médica ao paciente hospitalizado por motivo clínico**

Para efeitos de remuneração, a assistência prestada pelo médico assistente aos pacientes hospitalizados por motivo clínico é valorizada por dia de assistência clínica prestada. Nesses casos, assim como na consulta médica, o valor da remuneração dos médicos assistentes é estabelecido por atribuição do Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional. Cada Confederada que tenha regras próprias em Intercâmbio Federativo possui os seus fóruns de definição do valor para as Visitas Hospitalares (código 10102019).

*Obs.: a definição dos valores acima previstos, em qualquer fórum de decisão, deverá estar alicerçada em cálculos atuariais compatíveis com a sustentabilidade econômica do Sistema Unimed. Para o*



*Intercâmbio Nacional, o Comitê de Valorização dos Honorários realiza um trabalho técnico para subsidiar as decisões do Conselho Confederativo.*

### **1.3 - Atendimento de urgência e emergência**

**1.3.1** Os atos médicos praticados exclusivamente em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

**1.3.1.1** No período compreendido entre 19 e 7 horas do dia seguinte;

**1.3.1.2** Em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados (municipal, estadual e nacional).

**1.3.2** Não estão sujeitos às condições do item 1.3.1 os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que estão na lista denominada SADT, para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento.

**1.3.3** Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

**1.3.4** Os atendimentos realizados pelos médicos em pronto-socorro /pronto atendimento, inclusive a consulta médica, também serão acrescidos de 30%, desde que cumpridas as orientações descritas nos itens acima.

**1.3.5** Não estão sujeitos às condições do item 1.3.1 os atos médicos eletivos, incluindo visitas aos pacientes internados em qualquer acomodação, cirurgias programadas, plantões em UTI etc.

### **1.4 - Recém-nascido**

10103015 – Atendimento ao recém-nascido em berçário

10103031 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)

10103023 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)

#### **1.4.1 Assistência ao parto**

**1.4.1.1** Será utilizado o código 10103023 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco) quando o RN for normal para a idade gestacional e não tiver patologias de risco associadas.

**1.4.1.2** Será utilizado o código 10103031 – Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco) quando o RN for de baixo peso para a idade gestacional ou ainda aqueles



que apresentem patologias ou complicações de risco associados ao nascimento.

#### **1.4.2 Assistência ao recém-nascido**

**1.4.2.1** Para efeitos de remuneração, na assistência ao recém-nascido no bercário ou no quarto conjunto da maternidade, deverá ser utilizado o mesmo código 10103015 – Atendimento ao recém-nascido em berçário.

#### **1.4.3 Observações**

**1.4.3.1** Na assistência ao recém-nascido, o médico assistente terá calculado a sua remuneração de acordo com o tipo de acomodação dos planos dos beneficiários (privativo ou coletivo), sendo obedecidas todas as regras que tratam das condições de internações editadas neste regulamento.

**1.4.3.2** Em casos de partos múltiplos, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deverá ser considerado individualmente.

**1.4.3.3** Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia do nascimento, será feita uma nova guia de internação com o diagnóstico da patologia que justifica a sua permanência. O médico assistente será remunerado por cada dia de internação até a alta, de acordo com o código 10102019 – Visita hospitalar.

**1.4.3.4** Não haverá previsão de remuneração do médico pediatra assistente para as crianças que ficam internadas por motivos clínicos da mãe em leito conjunto, mas que já têm condições de alta sem necessidade de cuidados médicos.

### **1.5 - UTI (unidade de tratamento intensivo)**

**1.5.1** Os honorários do médico assistente do paciente internado em UTI deverão ser justificados tecnicamente e serão valorizados no mesmo montante da visita hospitalar, desde que eles realizem a avaliação médica com o devido registro no prontuário do paciente.

**1.5.2** Quando existentes, os honorários do médico diarista de UTI serão remunerados no mesmo valor da visita hospitalar a partir do registro em prontuário da sua avaliação técnica.

**1.5.3** Os honorários dos médicos plantonistas da UTI terão sua remuneração estipulada da seguinte forma:

**1.5.3.1** Nos casos em que os honorários dos médicos plantonistas são parte integrante dos valores pagos às diárias das unidades intensivas contratualizadas com os hospitais pelas cooperativas ou



regulamentadas nos hospitais próprios das cooperativas, esses médicos têm seus honorários contratualizados com hospital.

1.5.3.2 Nos casos em que os honorários dos médicos plantonistas não são parte integrante dos valores pagos às diárias das unidades intensivas contratualizadas com os hospitais pelas cooperativas ou regulamentadas nos hospitais próprios, o atendimento médico dos plantonistas será aquele contratualizado ou regulamentado no teto do valor do código 10104020 – Plantão de 12 horas por paciente assistido.

1.5.3.2.1 *Nesses casos, o cálculo da valorização das diárias e taxas contratadas devem excluir os honorários dos plantonistas e assegurar que os honorários serão repassados à eles.*

**1.5.4** Nas atividades realizadas pelos médicos plantonistas de UTI abaixo citadas, já se encontram incluídas:

- 1.5.4.1 Toda a assistência clínica em geral de suporte à vida.
- 1.5.4.2 Os procedimentos realizados para manutenção ventilatória invasiva ou não invasiva que incluem as atividades de controle, dos equipamentos intubação ou outras atividades correlatas.
- 1.5.4.3 Monitorizações clínicas, com ou sem auxílio de equipamentos, incluindo o código 20202067 – Monitorização da pressão intracraniana (por dia), e 40101010 – Eletrocardiograma.
- 1.5.4.4 Todos os procedimentos e atendimentos aos pacientes em casos de ressuscitação cardiopulmonar.
- 1.5.4.5 Acesso arterial para PAM.
- 1.5.4.6 Acesso venoso central (intracath, mono, duplo ou triplo lúmen).
- 1.5.4.7 Punção liquórica.
- 1.5.4.8 Punção pleural.
- 1.5.4.9 Trocas de sondas e cânulas.

Observação: em caso de necessidade justificada tecnicamente do concurso do cirurgião para realizar algum dos procedimentos acima, esse será remunerado à parte.

**1.5.5** Outros procedimentos de indicação técnica reconhecida realizados pelos médicos plantonistas, pelos médicos assistentes ou de especialistas praticados por solicitação do intensivista serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.



**1.5.6** Os procedimentos abaixo citados não estão incluídos nas atividades realizadas pelos médicos plantonistas de UTI, portanto, serão valorizados à parte aos médicos executantes, plantonistas ou não, de acordo com os seus devidos códigos TUSS, respeitadas as quantidades de UTMs previstas para eles.

1.5.6.1 Realização e responsabilidade técnica de diálise peritoneal ou hemodiálise, bem como o acesso vascular para hemodiálise

1.5.6.2 Implantes de marcapasso

1.5.6.3 Realização de traqueostomia

**1.5.7** Os procedimentos passíveis de remuneração ao médico executante comprovadamente realizados serão calculados de acordo com o tipo de acomodação dos planos dos beneficiários (privativo ou coletivo), porém, essa regra não se aplica à remuneração do código 10104020 – Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica (plantão de 12 horas – por paciente) nem do código 10104011 – Atendimento do intensivista diarista (por dia e por paciente).

## **1.6 - Aconselhamento genético (10106014)**

**1.6.1** Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Após concluído o aconselhamento genético, havendo necessidade de acompanhamento do médico geneticista, esses atendimentos serão pagos como consultas médicas no código 10101012. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do aconselhamento genético. O aconselhamento genético quando justificado tecnicamente poderá ser pago a cada dois anos.

**1.6.2** O aconselhamento genético é indicado para pessoas com histórico familiar de doenças ligadas a possíveis causas genéticas, servindo também para verificar as probabilidades de uma doença genética ocorrer em uma família ou para orientações de casais que programam ter filhos, mas apresentam indicação técnica de grande probabilidade de transmitirem alguma patologia ou malformação.

**1.6.3** De forma geral, nas indicações previstas, o aconselhamento genético serve para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e, se possível, indicar as formas de prevenção e/ou tratamentos indicados para as doenças de origem genética.

**1.6.4** Estão incluídos nesses atendimentos o levantamento de histórico pessoal e familiar, a avaliação dos exames clínicos e genéticos já realizados e a indicação



de outros exames, se necessário. Também faz parte a análise dos dados, visando diagnosticar, confirmar ou excluir uma condição genética conhecida.

- 1.6.5** O Aconselhamento Genético de que a tabela de honorários Unimed trata é uma avaliação feita exclusivamente por médicos geneticistas ou por especialistas em medicina fetal aptos para tal, quando a sua avaliação for tecnicamente completa em a necessidade de encaminhamento ao geneticista em momento posterior.

## **1.7 - Sessões de quimioterapia**

- 1.7.1** A remuneração médica indicada para as sessões de quimioterapia é prevista exclusivamente aos médicos oncologistas e hematologistas responsáveis pela assistência ao paciente em cada sessão.
- 1.7.2** Em caso de internação, essa remuneração indicada já inclui a visita hospitalar, que não deverá ser remunerada concomitantemente.
- 1.7.3** Os códigos 20104294 – Terapia oncológica – planejamento e 1º dia de tratamento e 20104243 – Terapia oncológica – altas doses – planejamento e 1º dia de tratamento e, ainda, 20104278 – Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas – planejamento e 1º dia de tratamento referem-se ao 1º dia do ciclo de tratamento.
- 1.7.3.1** A partir de 2º dia, serão pagos honorários aos médicos assistentes responsáveis de acordo com os códigos: 20104251 ou 20104286 ou, ainda, 20104308, sendo valorizado por dia subsequente em que o tratamento for realizado no mesmo ciclo de acordo com a terapia preconizada.

## **1.8 – Pulsoterapia**

- 1.8.1** Para valorização do ato médico na pulsoterapia intravenosa por sessão – códigos 20104383 e 20204159 –, será necessária a presença do médico durante a realização do procedimento por motivo clínico justificado, devendo haver registro no prontuário de atendimento com a devida justificativa.
- 1.8.2** As codificações 20104383 – Pulsoterapia intravenosa (por sessão – ambulatorial) ou 20204159 – Pulsoterapia intravenosa (por sessão – hospitalar) são as escolhidas para transitar as terapias endovenosas com imunoglobulinas poliespecíficas, seja para reposição ou para imunomodulação. A aplicação de imunoglobulinas específicas em ambulatório (ex.: imunoglobulina anti-D ou anti-Rh) é mediante prescrição, não justificando honorários.
- Para o procedimento 20104472 – Terapia subcutânea com imunoglobulina



humana policlonal, quando domiciliar, não justifica a remuneração da codificação.

### 1.9 - Procedimentos da TUSS que são partes integrantes da avaliação do médico durante a realização da consulta médica

**1.9.1** Assim como diversos exames clínicos já consagrados integram a realização da consulta médica, os procedimentos listados na TUSS, indicados abaixo, são partes integrantes da consulta médica geral ou especializada. A remuneração desses procedimentos está sendo realizada pela valorização do ato médico da consulta e não devem ser cobradas concomitantemente com o código da consulta médica:

Código TUSS	Descrição
20101015	Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante renal – por avaliação
20101023	Análise da proporcionalidade cineantropométrica
20101074	Avaliação nutrológica
20101082	Avaliação nutrológica pré e pós-cirurgia bariátrica
20101090	Avaliação da composição corporal por antropometria
20101104	Avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria
41401514	Oximetria NÃO invasiva
40105059	Medida de pico de fluxo expiratório

**Observação:** A avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria poderá ser remunerada a parte da consulta, quando solicitada por médicos endocrinologista e nutrólogo com periodicidade de seis meses. A avaliação faz parte da consulta do nutricionista.

### 1.10 - Puericultura (10106146)

**1.10.1** O atendimento em puericultura obedecerá a diretriz abaixo indicada. O atendimento ambulatorial em puericultura inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os seguintes itens:

- avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola



- avaliação do padrão de atividades físicas diárias, conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde
- exame da capacidade visual
- avaliação das condições do meio ambiente, conforme roteiro do Ministério da Saúde
- avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança
- avaliação do desenvolvimento da sexualidade
- avaliação quantitativa e qualitativa do sono
- avaliação da função auditiva
- avaliação da saúde bucal

**1.10.2** A assistência não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada.

**1.10.3** Não pode ser cobrado concomitante à consulta médica eletiva.

**1.10.4** O atendimento ambulatorial em puericultura é sequencial e limitado, conforme o calendário, respeitando os intervalos abaixo:

Lactante 0-2	Pré-escolar 2-4	Escolar 5-10	Adolescente 11-19
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

### 1.11 – Acupuntura/Terapia da Dor

**1.11.1** A acupuntura é um método terapêutico que consiste na estimulação, por meio de agulhas, de pontos específicos da pele. O estímulo desses pontos tem como característica regular o fluxo energético que, de acordo com a Medicina Tradicional Chinesa, é responsável pela fisiologia do organismo.

**1.11.2** Na terapia de dor, tem sido verificada a utilização do código 31601014– Acupuntura por sessão de forma isolada. Entretanto, também foi verificado o uso, de forma simultânea e abusiva, de outros procedimentos – principalmente a infiltração de ponto gatilho, eletroestimulação transcutânea



e percutânea, bloqueios de nervos periféricos e agulhamento seco, entre outros – em pacientes com queixas dolorosas.

**1.11.3** Para efeito de pagamento, pacientes submetidos a tratamentos da dor, quando solicitados de forma simultânea, serão considerados como parte do plano terapêutico para dor no código de acupuntura por sessão os seguintes procedimentos: eletroestimulação percutânea e transcutânea, infiltração de ponto gatilho, bloqueios de nervos periféricos e outros.

**1.11.4** A consulta médica desses pacientes realizada para avaliação clínica poderá ser remunerada concomitante à sessão de acupuntura, desde que seja feita no primeiro atendimento ou quando houver mudança de diagnóstico.

### **1.12 Dermatoscopia e Fotodermatoscopia**

**1.12.1** Os códigos 41301137 – Dermatoscopia ou 41301234 – Fotodermatoscopia serão remunerados uma vez, independentemente do número de lesões.

**1.12.2** Os dois códigos não serão remunerados concomitantemente.

### **1.13 Outros**

**1.13.1** Os procedimentos abaixo indicados terão sua valorização computada nos devidos códigos e nas quantidades de UTMs em até dois dias de internação subsequentes. Para fins de valorização, a partir do terceiro dia em diante, os valores a serem pagos ao médico assistente deverão ser computados pelo código 10102019 – Visita hospitalar por dia de internação, enquanto houver o acompanhamento clínico do médico executor assistente:

1.13.1.1 Analgesia por dia subsequente (31602029)

1.13.1.2 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico, hipertensão intracraniana e hemorragia (20201087)

1.13.1.3 Tratamento de trauma raquimedular por dia subsequente (30715342)

**1.14** Atendimento médico do plantonista em sala de recuperação pós-anestésica geral ou pediátrica, por paciente, por hora (até 6 horas)

**1.15** Faz parte das taxas hospitalares a assistência médica no RPA, inclusive dos honorários do anestesiológico a assistência pós-operatória anestésica.

## **2.0 - REGRAS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

Os procedimentos que envolvem atividades médicas cirúrgicas foram estruturados e elaborados pelo Comitê de Valorização dos Honorários baseados em conhecimentos técnicos e normativas do Sistema Unimed ao longo do tempo, levando em conta um estudo técnico de base, cuja metodologia foi avaliada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-IBRE). Foram realizadas pesquisas com diversos médicos



especialistas de cada área de atuação da medicina em uma avaliação que pontuou os critérios de complexidade dos procedimentos, tempos médios de cada um, tempos médios de cuidados pós-operatórios e os graus de possíveis riscos de vida ou danos irreparáveis aos pacientes pela realização de cada procedimento cirúrgico.

## **2.1 – Honorários dos procedimentos cirúrgicos**

- 2.1.1** Os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico compreendem, além do ato cirúrgico e dos cuidados médicos imediatos necessários, a prescrição e o acompanhamento dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital até 10 dias seguidos do ato cirúrgico.
- 2.1.2** A quantidade de UTMs atribuídas aos procedimentos leva em conta a sua realização já incluindo todos os passos cirúrgicos necessários. Inclui-se nesse contexto incisões ou punções para vias de acesso, hemostasias, afastamento ou dissecções de órgão ou estruturas, exéreses e sínteses ligados ao ato operatório indicado.
- 2.1.3** Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, não será valorizado o somatório de UTMs do conjunto, mas apenas aquelas do ato principal.
- 2.1.4** Considerando que os atos médicos dos cirurgiões e anestesiológicos tiveram as devidas valorizações calculadas em um modelo que cobre todas as etapas necessárias para a sua realização, na ocorrência de um Protocolo que conste procedimento classificado como "N", não deverá ser cobrado no Intercâmbio Nacional, mesmo que tenha sido autorizado previamente. Portanto, não cabe discussão na forma de valorizar os procedimentos no momento de sua autorização. Para solicitações de procedimentos fora do protocolo, caberá análise da auditoria médica, dentro dos conceitos do parecer do CFM 12/2017.
- 2.1.5** Caberá a cobrança de mais de um código em procedimentos múltiplos nas situações em que não estejam enquadrados nas regras anteriores quando o(s) outro(s) códigos cobrados forem de procedimentos considerados tecnicamente adequados para tratar outra patologia concomitante ou de cirurgia complementar necessária à patologia principal.
- 2.1.6** Na situação acima, havendo um outro código com descrição que já incluía a valorização para realização dos procedimentos de forma concomitante, para efeitos de remuneração, valerá esse terceiro código com a quantidades de UTMs a ele referida.
- 2.1.7** No Anexo I, estão editados procedimentos cobrados em códigos múltiplos que apresentaram uma relativa frequência no intercâmbio. Neles, ficarão



estabelecidas as diversas situações em que caberão ou não as cobranças em códigos múltiplos, com a finalidade de alinhar a forma de valorizar os honorários médicos, seguindo os critérios em que foi estruturada a classificação dos procedimentos, visando a sua remuneração adequada. Outras situações não previstas nesse anexo deverão ser editadas pelo Comitê de Valorização dos Honorários ou pelo Colégio Nacional de Auditoria Médica.

- 2.1.8** Os procedimentos cirúrgicos realizados por videoendoscopia têm códigos independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional, possuindo uma valorização própria.
- 2.1.9** Os procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório, constantes na planilha de procedimentos ambulatoriais que dobram os honorários médicos conforme acomodação vigente e no Manual de Auditoria Médica e Enfermagem aprovado pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos, devem ser pagos de acordo com a categoria de acomodação do plano dos beneficiários.
- 2.1.10** Nos casos em que houver necessidade clínica do paciente ficar hospitalizado por motivo técnico, depois ser de esgotado o prazo de 10 dias do pós-operatório, o médico assistente – permanecendo responsável pela assistência do atendimento hospitalar – deverá ser remunerado com os critérios estabelecidos previstos para as visitas hospitalares diárias.
- 2.1.11** Em casos de cirurgias em que as descrições desses procedimentos foram valorizadas com a previsão descrita como unilateral e ela tenha sido realizada bilateralmente no mesmo ato anestésico e cirúrgico, desde que não exista código e descrição prevendo a realização desses procedimentos nos dois lados, as regras de remuneração serão as seguintes:
  - 2.1.11.1** Quando as cirurgias valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas bilateralmente em vias de acesso diferentes e em áreas anatômicas distintas, o lado contralateral será remunerado em 70% das UTMs referidas ao seu código TUSS.
  - 2.1.11.2** Quando as cirurgias valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas bilateralmente pela mesma via de acesso, o lado contralateral será remunerado em 50% das UTMs referidas ao seu código TUSS.
  - 2.1.11.3** Quando as cirurgias pela via nasal (independentemente da fossa nasal) valorizadas com a previsão descrita como unilateral forem realizadas de maneira bilateral, elas serão remuneradas em 50% das UTMs referidas ao seu código TUSS até dois procedimentos.



- 2.1.11.4 Caso haja mais de dois procedimentos, considerar a regra dos itens 2.1.13 e 2.1.16.
- 2.1.11.5 A regra será a mesma para honorários médicos dos serviços auxiliares que possuam vias de acesso.
- 2.1.12** Os procedimentos que não estejam previstos na descrição como unilateral já tiveram a sua valorização considerando a realização sobre um ou dois lados concomitantemente.
- 2.1.13** Quando previamente planejada, ou quando se verificar durante o mesmo ato cirúrgico, a indicação tecnicamente adequada de realizar pelos mesmos médicos da equipe cirúrgica procedimentos diferentes para tratar patologias específicas, atuando em mais de um órgão a partir da mesma via de acesso, teremos as seguintes regras para efeitos de remuneração:
- 2.1.13.1 Ao procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 100% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.13.2 Ao segundo procedimento com maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 50% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.13.3 Ao terceiro procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 40% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.13.4 Ao quarto procedimento, serão atribuídas 30% das UTMs a ele estabelecidas.
- 2.1.13.5 Havendo um quinto ou mais procedimentos, serão atribuídas 10% das UTMs estabelecida(s) a ele(s).
- 2.1.13.6 A regra será a mesma para honorários médicos dos serviços auxiliares que possuam vias de acesso.
- 2.1.14** A regra acima deverá ser seguida para as situações em que não haja um código específico para o conjunto desses procedimentos ou quando não houver outra regra aprovada pelo Comitê de Valorização dos Honorários editada neste regulamento.
- 2.1.15** Para efeitos na remuneração de honorários médicos, serão reconhecidos os procedimentos que não sejam considerados parte integrante de outro a ser remunerado.
- 2.1.16** Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica por diferentes vias de acesso em regiões anatômicas distintas, pelos mesmos médicos da equipe cirúrgica em situações em que a indicação técnica seja considerada adequada para tratar patologias diferentes e não havendo previsão que esse outro procedimento seja um passo necessário à cirurgia principal, esse segundo procedimento (*o de menor quantidade de UTMs*) deverá ser computado em 70% da sua quantidade de UTMs. Nesses casos, havendo



mais códigos tecnicamente aceitáveis para efeitos de remuneração, a regra será a seguinte:

2.1.16.1 Ao procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 100% das UTMs a ele estabelecidas.

2.1.16.2 Ao segundo procedimento com maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 70% das UTMs a ele estabelecidas.

2.1.16.2 Ao terceiro procedimento de maior quantidade de UTMs, serão atribuídas 40% das UTMs a ele estabelecidas.

2.1.16.3 Ao quarto procedimento, serão atribuídas 30% das UTMs a ele estabelecidas.

2.1.16.4 Havendo um quinto ou mais procedimentos, serão atribuídas 10% das UTMs estabelecidas a(s) ele(s).

**2.1.17** Quando duas equipes cirúrgicas distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuída a forma de remuneração como se fosse um ato cirúrgico não concomitante, seguindo as mesmas regras estipuladas neste regulamento.

**2.1.18** Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500 gramas, deverá ser pago o valor atribuído à cirurgia de acordo com a sua categoria de acomodação, acrescido de 100% do valor equivalente à categoria coletiva atribuída ao código do procedimento.

**2.1.19** Nas videocirurgias laparoscópicas, quando os passos cirúrgicos foram iniciados por essa via de acesso, mas foram convertidas por motivos técnicos para serem finalizadas pela técnica convencional, a remuneração será pelo procedimento de maior porte.

2.1.19.1 Nesses casos, não caberá a cobrança de procedimentos secundários a acidentes cirúrgicos do transoperatório, nem passos cirúrgicos da via de acesso.

2.1.19.2 Em casos excepcionais, onde haja necessidade de participação de outra equipe cirúrgica, justificada tecnicamente pelo médico assistente, caberá avaliação do médico auditor da Unimed Origem.

**2.1.20** Acompanhamento peroperatorio

O procedimento 20201028 - Acompanhamento peroperatorio é excludente ao 10102019 visita hospitalar. Para cobrança a Unimed Executora deve validar o relatório anexo a descrição cirúrgica.

**2.1.21** Outros transplantes musculares



O código 30703093 - Outros transplantes musculares no momento da solicitação deverão ser informados o musculo ou grupo de músculos a serem tratados.

### **3.0 AUXILIARES DE CIRURGIAS**

- 3.1** A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, 20% para os demais auxiliares previstos.
- 3.2** Quando uma equipe realizar mais de um procedimento em um mesmo ato cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento em que está previsto o maior número de auxiliares. Nos casos das cobranças com múltiplos códigos havendo procedimentos em que não há previsão de auxiliares, a sua valorização ficará restrita ao cirurgião.
- 3.3** O fato de estar previsto um determinado número de auxiliares de cirurgia na tabela de honorários não significa que a cobrança será devida à equipe cirúrgica ou no intercâmbio. A valorização para remunerar os médicos cirurgiões auxiliares depende da sua efetiva participação no ato cirúrgico, devidamente documentado.

### **4.0 ANESTESIOLOGIA**

- 4.1** - Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em indicadores de A a Z, conforme as indicações do quadro abaixo:

<b>Indicador</b>	<b>UTM</b>
<b>A</b>	<b>98</b>
<b>B</b>	<b>150</b>
<b>C</b>	<b>180</b>
<b>D</b>	<b>220</b>
<b>E</b>	<b>250</b>
<b>F</b>	<b>280</b>
<b>G</b>	<b>320</b>
<b>H</b>	<b>350</b>
<b>I</b>	<b>400</b>
<b>J</b>	<b>450</b>
<b>K</b>	<b>500</b>
<b>L</b>	<b>550</b>
<b>M</b>	<b>600</b>
<b>N</b>	<b>650</b>
<b>P</b>	<b>700</b>
<b>Q</b>	<b>750</b>



<b>R</b>	<b>850</b>
<b>S</b>	<b>950</b>
<b>T</b>	<b>1150</b>
<b>U</b>	<b>1300</b>
<b>V</b>	<b>1500</b>
<b>W</b>	<b>1700</b>
<b>X</b>	<b>1935</b>
<b>Y</b>	<b>2380</b>
<b>Z</b>	<b>2670</b>

**4.2** O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica indicada para o ato cirúrgico, que compreende todos os procedimentos envolvidos na sua realização, incluindo acessos venosos periféricos, instalação de controles e equipamentos necessários ao monitoramento dos parâmetros vitais indicados à complexidade de cada ato cirúrgico/anestésico. O ato anestésico inclui, ainda, todas as formas de entubação e o controle dos mecanismos de manutenção ventilatória, a administração de drogas e outros métodos voltados à segurança anestésico-cirúrgica, encerrando-se com a recuperação do paciente em sua capacidade de autonomia para alta hospitalar em procedimentos ambulatoriais ou para retornar ao leito de internação.

**4.2.1** Nos casos em que haja indicação de seguimento em UTI por motivos clínicos ou de cuidados pós-operatórios, o ato anestésico se encerra na admissão do paciente na UTI.

**4.3** Procedimentos passíveis de serem realizados com inclusão de ato médico anesthesiológico em atos terapêuticos ou diagnósticos não previstos:

**4.3.1** Quando, por motivos técnicos, o ato anestésico for realizado por médico anesthesiologista em procedimentos sem a previsão de anestesia, a valorização dos procedimentos anestésicos deverá ocorrer nos seguintes códigos TUSS abaixo indicados:

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>INDICADOR ANESTÉSICO</b>
31602231	Anestesia para endoscopia diagnóstica	B
31602240	Anestesia para endoscopia intervencionista	E
31602258	Anestesia para exames radiológicos de angiorradiologia	B
31602266	Anestesia para exames de ultrassonografia	B



31602274	Anestesia para exames de tomografia computadorizada	B
31602282	Anestesia para exames de ressonância magnética	E
31602290	Anestesia para procedimentos de radioterapia	E
31602304	Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimentos diagnósticos	B

**4.3.2** Para os procedimentos abaixo relacionados em que não há previsão da indicação do ato anestésico, mas que por motivo técnico justificável indicar a necessidade de participação do anestesista, o código do procedimento será:

- 31602312 – Anestesia para procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares não especificados com quantificação de 150 UTM (indicador anestésico B).
- Nesse caso não deverá solicitar autorização à Unimed Origem. Para procedimentos classificados como Racionalização, a cobrança desse honorário deve ser justificada em conta. Para os procedimentos classificados como Baixo Risco não há necessidade de justificativa em conta.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
20104049	Cateterismo vesical em retenção urinária
20104057	Cauterização química vesical
20104065	Cerumen – remoção (bilateral)
20104073	Crioterapia (grupo de até 5 lesões)
20104081	Curativos em geral com anestesia, exceto queimados
20104090	Curativo de extremidades de origem vascular
20104111	Dilatação uretral (sessão)
20104154	Instilação vesical ou uretral
20104316	Curativo de ouvido (cada)



20104324	Curativo oftalmológico
30101018	Abrasão cirúrgica (por sessão)
30101077	Biópsia de pele, tumores superficiais, tecido celular subcutâneo, linfonodo superficial etc.
30101085	Biópsia de unha
30101093	Calosidade e/ou mal perfurante – desbastamento (por lesão)
30101107	Cauterização química (por grupo de até 5 lesões)
30101212	Curativo de queimaduras – por unidade topográfica (UT) ambulatorial
30101247	Curetagem e eletrocoagulação de CA de pele (por lesão)
30101255	Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 5 lesões)
30101263	Dermoabrasão de lesões cutâneas
30101298	Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões)
30101352	Epilação por eletrólise (por sessão)
30101484	Exérese de unha
30101506	Exérese tangencial (shaving) ≠ (por grupo de até 5 lesões)
30101514	Expansão tissular (por sessão)
30101620	Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício
30101638	Incisão e drenagem de flegmão
30101646	Infiltração intralesional, cicatricial/hemangiomas – por sessão
30101662	Matricectomia por dobra ungueal



30101735	Retirada de corpo estranho subcutâneo
30101794	Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento
30101840	Tratamento da miíase furunculoide (por lesão)
30101930	Abscesso de unha (drenagem) – tratamento cirúrgico
30101948	Cantoplastia ungueal
30101956	Unha (enxerto) – tratamento cirúrgico
30201012	Biópsia de lábio (com diretriz definida pela ANS nº 83)
30201055	Excisão em cunha
30201063	Frenotomia labial
30202027	Biópsia de boca (com diretriz definida pela ANS nº 81, 87 e 91)
30202159	Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão (com diretriz definida pela ANS nº 51)
30203015	Frenotomia lingual
30203031	Biópsia de língua (com diretriz definida pela ANS nº 84)
30205085	Cauterização (qualquer técnica) por sessão
30212120	Punção-biópsia de pescoço
30301017	Abscesso de pálpebra – drenagem
30301025	Biópsia de pálpebra
30301122	Epilação
30303028	Biópsia de conjuntiva
30303044	Infiltração subconjuntival



30304091	Fotoablação de superfície convencional – PRK (com diretriz definida pela ANS nº 13)
30304105	Delaminação corneana com fotoablação estromal –LASIK (com diretriz definida pela ANS nº 13)
30312051	Infusão de gás expansor
30501059	Biópsia de nariz
30501113	Epistaxe – cauterização (qualquer técnica)
30501164	Epistaxe – tamponamento anterior
30501547	Fratura de osso próprio de nariz – tratamento conservador
30601231	Fratura luxação de esterno ou costela – redução incruenta
30601304	Fratura de costela ou esterno – tratamento conservador
30601312	Osteomielite de costela ou esterno – tratamento conservador
30602025	Coleta de fluxo papilar de mama
30602068	Drenagem e/ou aspiração de seroma
30709024	Tração cutânea
30711010	Imobilizações não gessadas (qualquer segmento)
30711029	Imobilização de membro inferior
30711037	Imobilização de membro superior
30712017	Áxilo-palmar ou pendente
30712025	Bota com ou sem salto
30712033	Colar
30712041	Colete
30712050	Cruro-podálico



30712068	Dupla abdução ou Ducroquet
30712084	Inguino-maleolar
30712092	Luva
30712106	Minerva ou Risser para escoliose
30712114	Pelvipodálico
30712122	Spica-gessada
30712130	Tipo Velpeau
30712149	Toracobraquial
30713030	Biópsias percutânea sinovial ou de tecidos moles
30713137	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem
30713145	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem
30715121	Fratura de coluna sem gesso – tratamento conservador
30715253	Punção liquórica
30715407	Fratura de coluna com gesso – tratamento conservador
30717086	Fratura de cintura escapular – tratamento conservador
30717175	Fratura de clavícula ou escápula – tratamento conservador
30718066	Fratura de úmero – tratamento conservador
30719070	Fratura de cotovelo – tratamento conservador
30720087	Fratura de antebraço – tratamento conservador
30721130	Fratura de punho – tratamento conservador
30721172	Fraturas do carpo – tratamento conservador



30722039	Abscessos de dedo (drenagem) – tratamento cirúrgico
30722349	Fratura de falanges – tratamento conservador
30722357	Fratura de Bennett – redução incruenta
30722373	Fratura de osso da mão – tratamento conservador
30722381	Fratura de metacarpiano – tratamento conservador
30722403	Fraturas de falanges ou metacarpianos – redução incruenta
30722420	Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) – redução incruenta
30722446	Fraturas e/ou luxações de metacarpianos – redução incruenta
30722764	Roturas do aparelho extensor de dedo – redução incruenta
30722900	Roturas do aparelho extensor de dedo – tratamento conservador
30723035	Fratura da cintura pélvica – tratamento conservador
30723094	Fratura de pelve sem aparelho pelve-podálico – tratamento conservador
30723108	Fratura e/ou luxação de anel pélvico – tratamento conservador
30723116	Fratura ou disjunção ao nível da pelve – tratamento conservador com gesso
30723124	Fratura ou disjunção ao nível da pelve – tratamento conservador sem gesso
30725178	Fêmur – descolamento epifisário de extremidades superior – tratamento conservador com gesso
30725186	Fêmur – descolamento epifisário de extremidades superior – tratamento conservador sem gesso



30725194	Fratura de extremidade superior do fêmur ou cavidade cotiloide – tratamento conservador com gesso
30725208	Necrose asséptica da cabeça femoral – tratamento conservador
30726085	Fratura de joelho – tratamento conservador
30726174	Lesões ligamentares agudas – tratamento incruento
30727103	Fratura de osso da perna – tratamento conservador
30727197	Fratura de dois ossos da perna – tratamento conservador
30728096	Fratura de tornozelo – tratamento conservador
30728134	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo – tratamento incruento
30729114	Exérese ungueal
30729130	Fratura de osso do pé – tratamento conservador
30729262	Rotura do tendão de Aquiles – tratamento incruento
30730023	Biópsia de músculo
30730163	Lesão ligamentar aguda – tratamento conservador
30731259	Rotura de tendão de aquiles – tratamento conservador
30801044	Punção traqueal
30804116	Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)
30907071	Fulguração de telangiectasias (por grupo)
30914124	Punção biópsia ganglionar
31003206	Colocação de sonda enteral
31004059	Criptectomia (única ou múltipla)



31004091	Excisão de plicoma
31004180	Hemorroidas – ligadura elástica (por sessão)
31004199	Hemorroidas – tratamento esclerosante (por sessão)
31004229	Lesão anal – eletrocauterização
31004237	Papilectomia (única ou múltipla)
31004318	Trombose hemorroidária – exérese
31004334	Esfincterotomia – ânus
31103405	Punção e aspiração vesical
31203086	Punção vaginal
31206050	Eletrocoagulação de lesões cutâneas
31301029	Biópsia de vulva
31301037	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vulva (por grupo de até 5 lesões)
31301088	Exérese de lesão da vulva e/ou do períneo (por grupo de até 5 lesões)
31302017	Biópsia de vagina
31302130	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vagina (por grupo de até 5 lesões)
31303021	Biópsia do colo uterino
31303196	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões de colo uterino (por sessão)
31403026	Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos
31403301	Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas



31602070	Bloqueio anestésico simpático
31602118	Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares
40809153	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RX (não inclui o exame de base)
40809161	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por US (não inclui o exame de base)
40809170	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por TC (não inclui o exame de base)
40809188	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RM (não inclui o exame de base)
31303374	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal – remoção
31303382	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal – remoção
30101859	Tratamento de anomalias pilosas a laser/photoderm – por sessão
30101905	Tratamento de lesões cutâneas e vasculares a laser/photoderm (por sessão)

**4.3.3** Os códigos que não estão citados no item 4.3.2 e que não possuem indicador anestésico, não são pertinentes para remuneração do anestesista.

**4.4** Valor da anestesia para procedimentos odontológicos:

**4.4.1** Para remuneração dos honorários do anestesista em atos exclusivamente odontológicos que, por imperativo clínico, necessitem de suporte hospitalar, deverá ser utilizado o procedimento 31602347 – Anestesia realizada pelo anestesista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos ou para as situações de imperativo clínico – indicador anestésico “F”. Poderá ser cobrado no máximo 2 x.

**4.5** Nas regras acima descritas, a possível valorização do ato anestésico está condicionada à sua execução em ambiente próprio para a possível realização de anestesia geral e preparado para assistência de intercorrências que necessitem de ressuscitação



cardiopulmonar, bem como a existência de ambiente de recuperação pós-anestésica tecnicamente adequado.

- 4.6** Quando a mesma equipe cirúrgica realizar durante o mesmo ato anestésico procedimentos cirúrgicos múltiplos que são cabíveis na regra de valorização do Rol Unimed, os valores destinados aos anesthesiologistas serão estabelecidos em relação à quantidade de UTMs atribuídas aos atos anestésicos nos mesmos percentuais calculados à equipe cirúrgica.
- 4.7** Quando cirurgiões de áreas de atuação diferentes realizarem procedimentos cirúrgicos durante o mesmo ato anestésico, os valores destinados ao anesthesiologista serão estabelecidos em 100% do procedimento de maior quantidade de UTMs indicadas ao ato anestésico, mais 70% ao segundo procedimento de maior quantidade. Havendo um terceiro procedimento pago à equipe cirúrgica, a remuneração será calculada em 50%. Havendo um quarto procedimento, deverá ser valorizado em 40%. Havendo um 5º procedimento, 30% e, aos demais, se houver, o(s) mesmo(s) será(ão) valorizado(s) em 10% das UTMs destinadas ao anesthesiologista.
- 4.8** Para os atos anestésicos das cirurgias de alta complexidade, tais como transplantes, cirurgias com presença de Circulação Extracorpórea (CEC), procedimentos de neonatologia cirúrgica e procedimentos com duração acima de 6 horas, o anesthesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um colega auxiliar anesthesiologista, sendo-lhe atribuído a valorização correspondente a 30% dos valores pagos ao anesthesiologista titular.  
Para gastroplastia com obesidade mórbida, poderá ser cobrado desde que haja justificativa técnica.
- 4.9** A avaliação pré-anestésica realizada em dia(s) anterior(es) no consultório ou ambulatório deverá ser remunerada em valores iguais aos da consulta em consultório.
- 4.10** A avaliação pré-anestésica realizada em paciente internado nas situações de urgência em que não houve possibilidade de avaliação em consultório e realizada na unidade de internação, será remunerada em valor igual ao da visita hospitalar.
- 4.11** A avaliação ou reavaliação pré-anestésica realizada no ambiente do centro cirúrgico em momentos antes da cirurgia é parte integrante dos honorários pagos aos procedimentos anestésicos do ato cirúrgico ou diagnóstico.
- 4.12** Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares – Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos valores dos procedimentos correspondentes aos códigos TUSS: 31602045, 31602053, 31602061, 31602070, 31602088, 31602096, 31602100, 31602118, 31602126, 31602134, 31602142, 31602150, 31602169, 31602177, 31602185, 31602223.
- 4.13** Os procedimentos abaixo relacionados, em nenhuma hipótese, estão vinculados ao ato anestésico:



<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
20104103	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados
20104529	Aplicação de contraceptivo hormonal injetável (com diretriz definida pela ANS - nº 154)
20201133	Acompanhamento médico na litotripsia extracorpórea
20202067	Monitorização da pressão intracraniana (por dia)
30205093	Corpo estranho de faringe - retirada em consultório
30402018	Aspiração auricular
30402042	Corpos estranhos, pólipos ou biópsia - em consultório
30403103	Paracentese do tímpano - miringotomia, unilateral - em consultório
30501083	Corpos estranhos - retirada em consultório (nariz)
30715342	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)
30905060	Perfusionista - em procedimentos cardíacos
30906164	Cateterismo da artéria radial - para PAM
30907152	Varizes - ressecção de colaterais com anestesia local em consultório/ambulatório
30909023	Hemodiálise contínua (12h)
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão)
30909139	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 4 horas ou fração
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 12 horas
31402038	Tampão sanguíneo peridural para tratamento de cefaleia após punção (não indicada na profilaxia da cefaleia)
31501028	Retirada para transplante - córnea



31602185	Estimulação elétrica transcutânea (com diretriz definida pela ANS nº 24)
40402037	Sangria terapêutica
40710017	Sessão médica para planejamento técnico de radioisotopoteraia
31602010	Analgesia controlada pelo paciente – por dia subsequente
30312132	Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada
30307147	Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico

- 4.14** O ato anestésico para o procedimento 31309038 – 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), com indicador anestésico “D”, exclusivo do anestesiológico não cabendo a cobrança pelo obstetra. Deverá ser pago por hora quando feito na técnica de cateter peridural.
- 4.15** O procedimento 31603017 – Atendimento médico do plantonista em sala de recuperação pós-anestésica geral ou pediátrica, por paciente, por hora (até 6 horas) está incluso na taxa de recuperação anestésica.
- 4.16** Percentualização do honorário do anestesista para serviços auxiliares de diagnóstico (SADT) – A remuneração do ato anestésico para os procedimentos exclusivamente diagnósticos será limitada até três procedimentos, com manutenção da percentualização de vias de acesso. A decisão cabe para conjunto de procedimentos exclusivamente diagnósticos.

## 5.0 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO

- 5.1** Nos valores atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos, já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta médica acrescida da imobilização realizada.
- 5.2** Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá um novo porte, que será valorado com observância da presente classificação.
- 5.3** Para o tratamento clínico em regime de internação, havendo indicação técnica para tal, assim como qualquer outra área de atuação da medicina, o médico será remunerado no critério da visita hospitalar.
- 5.4** Procedimentos de vídeo terão as seguintes regras:



**5.4.1** Nas cirurgias videoartroscópicas acima referidas, quando houver a necessidade de ser operada por indicação técnica adequada mais de uma estrutura da articulação, os procedimentos intra-articulares poderão ser associados para efeitos de valorização do ato operatório até um limite de três por articulação efetivamente realizada. Essas associações estarão sujeitas às regras estabelecidas no anexo I, que trata das cirurgias valorizadas em códigos múltiplos.

**5.4.2** Os procedimentos extra-articulares que poderão ser associados com procedimentos intra-articulares desta lista, respeitada a adequada indicação técnica e os protocolos indicados no anexo I, seguirão as mesmas regras de cálculos percentuais utilizadas para os procedimentos múltiplos gerais indicados no item 2.1.13 e 2.1.16.

**5.4.3** Quando o código do procedimento solicitado é um procedimento de técnica aberta (convencional) em um contexto de cirurgia artroscópica e há codificação videoartroscópica equivalente e/ou com regramento, não cabe remuneração dos procedimentos solicitados por técnica aberta.

## **6.0 OBSERVAÇÕES REFERENTES AOS TRATAMENTOS DAS QUEIMADURAS** (códigos: 30101212, 30101220, 30101239, 30101280 e 30101387)

**6.1** Por unidade topográfica (UT), compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano, existem 11 UTs: cabeça e pescoço, cada um dos membros superiores, face anterior do tórax, face posterior do tórax, abdome, nádegas (da cintura à raiz da coxa), cada uma das coxas, cada um dos conjuntos de perna e pé. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

**6.1.2** Por definição, é considerada lesão em área nobre/especial queimaduras nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge uma estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso). Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemoral, joelho, tornozelo. Não há acréscimo de UT para áreas nobres, podendo ser considerado acréscimo de 30% ao valor final quando a queimadura atingir qualquer área nobre. O honorário médico do curativo para queimadura está incluso no desbridamento.

**6.2** Número de auxiliares de cirurgia necessários nesses procedimentos:



1 UT – não comporta auxílio cirúrgico

2 a 3 Uts – 1 auxiliar

4 ou mais Uts – 2 auxiliares

**6.3** Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico. Nos procedimentos que necessitem de revisões ou outros atos cirúrgicos complementares, cada um será considerado como um novo ato cirúrgico.

**6.4** Para outros tipos de intervenção envolvendo especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento, serão atribuídos os códigos de acordo com o ato praticado.

## **7.0 CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

**7.1** Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

**7.2** As codificações em que estão previstas a forma de remuneração em mais de um código estão ilustradas no anexo I (um).

## **8.0 CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA (31205070)**

**8.1** A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

**8.2** O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 14.443/22 e somente 60 dias depois da manifestação de vontade.

**8.3** A manifestação de vontade deve estar devidamente registrada em prontuário.

**8.4** O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

## **9.0 PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

**9.1** A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e, conseqüentemente, classificação de risco do paciente, está incluída na valorização de cada procedimento.

**9.2** A consulta deverá ser paga somente quando dela resultar a suspensão do procedimento por motivo de quadro clínico impeditivo, o qual foi diagnosticado pelo médico endoscopista.

**9.3** A consulta não deverá ser paga por motivos técnicos de equipamento, não observância do preparo do paciente e falhas na agenda.

**9.4** Nos valores dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração desses atos obedecerá os protocolos estabelecidos pelo Comitê de Valorização dos Honorários ou pelo Colégio Nacional de Auditoria.



- 9.5** Os valores dos procedimentos endoscópicos já preveem a realização pela técnica videoendoscópica.
- 9.6** Os valores e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos que se completam com exames de imagem não incluem os valores que deverão remunerados a esses exames.
- 9.7** Para pacientes internados por motivos clínicos ou cirúrgicos, os valores dos procedimentos endoscópicos intervencionistas terapêuticos obedecerão ao previsto ao pagamento da acomodação privativa no que tange aos honorários médicos, não se aplicando aos custos operacionais ou às possíveis taxas envolvidas.
- 9.8** Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto nas regras de acréscimo de honorários em função dos horários de execução dispostos igualmente aos procedimentos cirúrgicos. Nesses casos, não estão incluídos os atendimentos eletivos, mesmo que ocorram nesse intervalo de horários.
- 9.9** Quando houver a necessidade técnica do anestesiológista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao valor estabelecido pela quantidade de UTMs no código 31602231 e, quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao valor estabelecido pela quantidade de UTMs no código 31602240.
- 9.10** Polipectomia e mucosectomia
- 9.10.1** A polipectomia nos procedimentos endoscópicos se refere à ressecção excisional de pólipos, entendendo-se como a ressecção total da lesão com documentação no anatomopatológico. A sua remuneração será baseada na confirmação de “exérese de pólipo” pelo laudo do exame de anatomopatológico.
- 9.10.2** A técnica de infiltração do pedículo e/ou elevação da submucosa, realizada por opção do médico endoscopista, é parte integrante da técnica já fazendo parte da remuneração da polipectomia.
- 9.10.3** A mucosectomia será remunerada nas ressecções de lesões superficiais e/ou pólipos com superfície da base ressecada com no mínimo 20 mm, em bloco único ou fragmentos, confirmado pelo laudo do anatomopatológico. No cólon, além das lesões malignas, é pertinente a sua indicação em lesões espraiadas ou de crescimento lateral tipo LST, definidas por lesões superficiais maiores que 20 mm, não necessariamente tumores malignos.
- 9.10.4** Assim como na polipectomia, a infiltração do pedículo e/ou elevação da submucosa e/ou hemostasia após a retirada fazem parte da técnica do procedimento, não sendo remuneradas com a cobrança de código específico. A hemostasia com clip pode ser remunerada nas seguintes condições:



- a) Como tratamento de sangramento do TGI devido úlcera péptica e lesão de Mallory-Weiss, lesão de Dieulafoy. Em locais de difícil acesso como pequena curvatura, parede posterior do bulbo duodenal e cárdia outros métodos devem ser considerados como primeira abordagem.
- b) Como método inicial para correção de fístulas nos quadros agudos de perfuração, antes que ocorra contaminação da cavidade peritoneal.
- c) Prevenção de sangramento pós-polipectomia no paciente anticoagulado, ou pólipos grandes com intercorrências de sangramento não controlados por outros meios.
- d) Na fixação de sondas e tubos em situações específicas.
- e) Na mucosectomia pode ser liberado, dependendo da área a ser ressecada, de 2 a 3 clips.
- f) Não está indicado como marcador em procedimentos cirúrgicos e radiológicos.

**9.10.5** Colonoscopias com biópsia e endoscopia digestiva alta com biópsia, assim como outras endoscopias associadas exclusivamente às biópsias, são consideradas procedimentos diagnósticos.

**9.10.6** Quando cabível e tecnicamente adequado, na possível indicação de dois procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos, a remuneração do médico endoscopista assistente será 100% para os dois exames.

**9.10.7** Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos pela mesma via de acesso, a remuneração do anestesista será de 100% para o primeiro e 50% para o segundo.

**9.10.8** Para pólipos de até 5 mm não displásicos, a remuneração se dá pelo código de colonoscopia + biópsia.

**9.10.9** Para pólipos maiores que 5 mm ou displásicos, o código é de polipectomia, independentemente da realização com uso de pinça de biópsia ou alça de polipectomia.

**9.10.10** Na endoscopia digestiva alta, o critério é o mesmo em função do aumento das “polipectomias” de pólipos de fundo gástrico ou hiperplasia folicular no fundo gástrico.

**9.10.11** O código de mucosectomia é autorizado para ressecções de lesões com “ilhas” de mucosa, confirmada com a imagem do laudo e anatomopatológico, independentemente de ser realizado levantamento por infiltração da submucosa (“lift”), técnica usada tanto para polipectomias como mucosectomias.



**9.10.12** Nos procedimentos endoscópicos intervencionistas, onde há necessidade no concurso do anestesista auxiliar justificada tecnicamente, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal.

## **10.0 BUCOMAXILOFACIAL**

**10.1** Os procedimentos de “Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial” e “Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial”, serão valorizados para a remuneração da equipe cirúrgica pelo código 30101913 – TU partes moles – exérese.

**10.2** Referente à Diretriz de Utilização 97 (sutura de ferida na região bucomaxilofacial), os códigos utilizados por similaridade serão:

**10.2.1** 30101786 – Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento

**10.2.2** 30101794 – Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

### **10.3 Osteotomia tipo Le Fort I (30208050)**

Contempla as osteotomias e suas respectivas fixações de maxila para determinação da perfeita oclusão. Remunerável 1x por cirurgia ortognática.

Para os casos de atresia transversal de maxila, a osteotomia segmentada da maxila pode ser feita previamente (30208157), ou durante a cirurgia ortognática (30208041), e serve para tratamento da deformidade transversal (mordida cruzada). A mordida cruzada precisa ser documentada pelas fotos que constam do estudo cefalométrico completo.

Nas osteotomias para avanço rápido da maxila para distratores, o Le Fort segmentado é remunerado preferencialmente pela codificação 30208157, ou por 30208041.

Nas cirurgias ortognáticas, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas

30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas

30208068 – Osteotomia tipo Le Fort II

30208076 – Osteotomia tipo Le Fort III – extracraniana

30215048 – Reconstrução craniana ou craniofacial

30732026 – Enxerto ósseo

30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante

A retirada de enxerto ósseo (30713072) pode ser contemplada para a retirada de enxerto autólogo.

Casos sindrômicos, como dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

### **10.4 Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo (30208025)**



A mandíbula é um osso único e a codificação que remunera a sua simetrização, avanços e recuos, independentemente do número de osteotomias e fixações para os fins de tratamento de prognatismo, micrognatismo e laterognatismo também. Essa codificação é remunerável em quantidade 1x por cirurgia.

A osteotomia para a mentoplastia é feita praticamente em todas as cirurgias e, de acordo com a nova lista referencial dos honorários, está inclusa em 30209021 – Osteoplastias de mandíbula, respeitados a complexidade do ato, o risco e o tempo do procedimento efetivamente realizado.

Nas cirurgias ortognáticas, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas

30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas

30209021 – Osteoplastias de mandíbula

30208106 – Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo

30208114 – Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo

30732026 – Enxerto ósseo

30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante

A retirada de enxerto ósseo (30713072) pode ser contemplada para a retirada de enxerto autólogo.

Casos sindrômicos, como dismorfias dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

**10.5 30208157 – Osteotomia da mandíbula e/ou maxila com aplicação de osteodistrator ou 30208041 – Osteotomias segmentares da maxila ou malar (com diretriz definida pela ANS nº 144)**

As osteotomias para a expansão rápida da maxila, realizada como único ato, ou como prévia de uma ortognática (tempos cirúrgicos distintos), para o tratamento de mordida cruzada (atresia de maxila), usando-se distratores dentais ou ósseos, é remunerada preferencialmente por 30208157, ou por 30208041, uma vez por cirurgia. A mordida cruzada precisa ser documentada pelas fotos que constam do estudo cefalométrico completo.

Como cirurgia ortognática, para fins de efetiva remuneração, ficam em exclusão as codificações:

30208050 – Osteotomia tipo Le Fort I

30208025 – Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo

30209021 – Osteoplastias de mandíbula

30208084 – Osteotomias crânio-maxilares complexas



- 30208033 – Osteotomias alvéolo palatinas
- 30208106 – Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo
- 30208114 – Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo
- 30208068 – Osteotomia tipo Le Fort II
- 30208076 – Osteotomia tipo Le Fort III – extracraniana
- 30215048 – Reconstrução craniana ou craniofacial
- 30732026 – Enxerto ósseo
- 30210011 – Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante
  - A retirada de enxerto ósseo (30713072) pode ser contemplada para a retirada de enxerto autólogo.
  - Casos sindrômicos, como distorfas dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentados, podem ter relaxamento de regramento, mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

#### **10.6 Osteotomias crânio-maxilares complexas (30208084)**

Essa codificação não se aplica às cirurgias ortognáticas, podendo ser uma que substitui várias outras codificações de ortognática, em pacientes com distorfas dentofaciais e faciais complexas, desde que devidamente documentadas. O relaxamento de regramento é mediante segunda ou terceira opinião, conforme a legislação.

#### **10.7 Cirurgia reparadora e funcional da face**

- 30208017 – Artroplastia para luxação recidivante da articulação temporomandibular
- 30208149 – Tratamento cirúrgico ou artroplastia para luxação da articulação temporomandibular por artroscopia

Ambos os códigos são cobertos e utilizados para tratamento de luxação e devidamente valorados. Nesse caso, não caberia a solicitação do código 30713153 – Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial, sendo excludente.

Existe atualmente hiper-indicação do procedimento, sendo que existem outras patologias associadas, como a própria deformidade dentofacial ortognática, que exigem tratamento prévio. Na existência de divergência técnica, cabe a instauração de junta desempastadora.

De acordo com o Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, a indicação de tratamento segue o regramento da Tabela de Wilkes quando existe comprometimento do disco articular nos graus III e IV, sem recaptura do disco visível na RNM.

Materiais especiais já devidamente estabelecidos no Manual de OPME – Conforme ofício respondido pela ANS, as próteses conhecidas como customizadas não possuem cobertura em virtude de a confecção tridimensional não estar coberta nem listada no anexo I da RN 465/21.



## **11.0 REIMPLANTES E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS**

**11.1** Os honorários dos reimplantes e revascularizações dos membros incluem os procedimentos das microanastomoses vasculares, as osteossínteses, tenorrafias, neurorrafias e o tratamento de tegumento cutâneo.

## **12.0 CIRURGIA VASCULAR, ENDOVASCULAR, CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, NEUROENDOVASCULAR**

As regras abaixo definidas para a tabela referencial de honorários médicos Unimed aplicam-se aos procedimentos da cirurgia vascular pela via aberta convencional, aos procedimentos endovasculares, bem como aos da cardiologia intervencionista e neuroendovascular.

Observação: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi valorizada de tal forma que os procedimentos intervencionistas endovasculares tiveram inclusas as angiografias como parte integrante do procedimento principal.

**12.1** Utilização de ultrassom (US) para punção venosa ou arterial ecoguiada: as punções arteriais e venosas têm seus honorários estabelecidos independentemente da sua técnica, ecoguiada ou não. A eventual utilização do equipamento ecográfico deve estar prevista na composição das taxas de sala contratadas com hospitais ou clínicas.

**12.2** Utilização de radioscopia ou radiologia eventual: utilização de radioscopia, radiologia ou outros não altera os valores dos honorários médicos na realização dos procedimentos de punção arterial ou venosa. Nesses casos, na utilização dos equipamentos, os custos operacionais pela utilização de radioscopia ou raio X terão suas taxas remuneradas de acordo com o contratado dos serviços hospitalares.

**12.3** 30906164 – Instalação de Pressão Arterial Média Invasiva: o acesso à artéria radial ou outra periférica no propósito da aferição da pressão arterial média (PAM), mesmo quando ocorrer no mesmo ato de outros procedimentos cirúrgicos, deverá ser remunerado apenas ao profissional que realizou o procedimento, seja cirurgião ou anestesista. Não há previsão de honorário anestesiológico para esse procedimento.

**12.4** A remuneração de instalação de PAM deverá ser feita por via arterial exclusiva distinta da via arterial em que se realiza a cirurgia.

**12.5** Cateter venoso central ou similar (códigos TUSS 30913012/40813231): para fins de acesso venoso central (intracath ou similar), mesmo em ato concomitante a outros procedimentos cirúrgicos, a remuneração caberá apenas ao profissional que realizou o procedimento, seja médico cirurgião ou anestesista. Não há previsão de honorário anestesiológico para esse procedimento.

**12.6** Cobrança de arterioplastia femoral profunda para o acesso femoral aberto em cirurgia endovascular: todo procedimento intervencionista endovascular já tem previsão de acesso por punção ou por dissecação. Os valores dos procedimentos intervencionistas foram valorizados de forma a se considerar qualquer possibilidade de



acesso. Não há previsão de remuneração separada pela atividade de via de acesso na realização do procedimento.

- 12.7** Angiografias em procedimentos intervencionistas: as angiografias no intraoperatório são atos integrantes do procedimento intervencionista principal. Portanto, para efeitos de remuneração, todas as angiografias previstas para o procedimento intervencionista estão inclusas na quantificação de UTMs do procedimento principal, sejam elas angiografias pré-procedimento, posicionamento, intraoperatória, de controle, intercorrência ou qualquer outra denominação. No caso de uma intercorrência gerar necessidade de um outro procedimento intervencionista, suas respectivas angiografias também estarão inclusas nesse novo procedimento.
- 12.8** Remuneração de auxiliares em angiografias: as angiografias exclusivamente diagnósticas devem remunerar apenas o cirurgião, sem remuneração prevista para auxílio cirúrgico. As angiografias no intraoperatório, seja em cirurgia vascular aberta, seja em cirurgia endovascular (intervencionista), são realizadas pela equipe: enquanto um cirurgião manipula o equipamento intravascular, outro(s) cirurgião(ões) manipula(m) os cateteres e demais materiais de angiografia. Portanto, no caso de uma situação não prevista no item anterior, ou seja, naqueles casos em que houver previsão de remuneração de angiografias ao cirurgião, os auxiliares também devem ser remunerados.
- 12.9** Remuneração de anestesista em angiografias: as angiografias exclusivamente diagnósticas deverão remunerar o anestesista na mesma proporção de códigos cabíveis à remuneração do cirurgião. Nas angiografias no intraoperatório, seja em cirurgia vascular aberta, seja em cirurgia endovascular, quando houver previsão de remuneração de angiografias ao cirurgião (nos casos de situações não previstas no item acima), o anestesista também deverá ser remunerado.
- 12.10** Termo “qualquer técnica” nos códigos TUSS de cirurgias pela via aberta para os procedimentos que iniciam com o código 3090: para fins de valorização remuneratória, os códigos da TUSS não devem ser utilizados para codificação de cirurgias realizadas pela via endovascular, independentemente que esteja registrado o termo “qualquer técnica” em sua descrição. Cirurgias realizadas pela técnica endovascular, para efeitos de remuneração, tem excludências estabelecidas em procedimentos vasculares pela via aberta (e vice-versa), na sua forma de remuneração no Sistema Unimed.
- 12.11** Forma de valorização de endarterectomia carotídea (30906199): a bifurcação carotídea é um segmento que inclui sua extensão para carótida comum, interna e externa. Portanto, não cabe cobrança múltipla para cada artéria que participa da bifurcação.
- 12.12** Cobrança concomitante de implante de stent e angioplastia: a valorização em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de forma que o implante de stent em um



segmento inclui a realização das angioplastias pré e pós-implante (desse mesmo segmento), não permitindo cobranças separadas das angiografias (inclusive na cardiologia intervencionista). No caso de ser realizada, de forma concomitante, angioplastia de outro segmento arterial (que não o do stent) e nesse outro segmento não houver implante de stent, caberá a remuneração dessa angioplastia, respeitando-se as regras gerais na forma de valorização (via de acesso), considerada a indicação técnica adequada.

- 12.13** Cobrança concomitante embolização e angioplastia com stent diversor de fluxo: o implante de stent diversor de fluxo, por si só, não caracteriza embolização. A embolização será caracterizada quando houver indicação técnica adequada com a devida utilização de material embolizante, sendo que, somente nessas situações, caberá a valorização da embolização. Assim como citado no item anterior, uma vez cobrado o implante de stent, não cabe a valorização de eventual angioplastia, pois, nesses casos, a remuneração já está inclusa no procedimento principal.
- 12.14** Procedimentos relacionados à trombólise: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de tal forma que os procedimentos 30912113 – Infusão seletiva intravascular de enzimas trombolíticas e 40814025 – Trombólise medicamentosa arterial ou venosa, por vaso serão remunerados em uma 1 vez (um ou outro) por acesso vascular.
- 12.15** Retirada percutânea de corpo estranho intravascular: a remuneração dos procedimentos para retirada de corpo estranho em vasos (arterial ou venoso) aplica-se à retirada cirúrgica de objeto completamente inserido em um vaso. Não é cabível sua cobrança no caso de retirada de intracath, portocath, permecath, filtro de veia cava ou qualquer dispositivo intravascular de introdução intencional ou terapêutica. No caso de retirada de filtro de veia cava inferior em outro tempo cirúrgico específico, é adequado o uso da codificação de forma isolada.
- 12.16** Trombectomia mecânica venosa: a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada de tal forma que, para efeitos de valorização, será computado por acesso proximal ou distal ao trombo, e não por vaso. Os procedimentos endovasculares de rotação e/ou aspiração de trombos e/ou êmbolos devem ser valorizados por esse código, mesmo quando em leito arterial, enquanto não há uma codificação TUSS específica para a trombectomia mecânica endovascular arterial.
- 12.17** Embolização de artéria uterina (40813746): a quantificação em UTMs da tabela referencial Unimed foi elaborada para de tal forma incluir todas as eventuais angiografias necessárias e, também, eventuais angioplastias, bem como a abordagem da artéria uterina contralateral. A embolização da artéria uterina é remunerada somente 1 x por procedimento, porque o tratamento é a embolização do mioma.



**12.18** Valvuloplastia ou interposição de segmento valvulado venoso: o procedimento destina-se à correção do refluxo venoso. Não cabe a valorização associada às fístulas arteriovenosas para hemodiálise.

**12.19** Fístula arteriovenosa nos membros (30908094): o procedimento é destinado à correção de fístula AV nos membros, seja congênita ou adquirida, não cabendo a cobrança para confecção ou desativação de fístula arteriovenosa para hemodiálise.

**12.20** Fístula arteriovenosa – com enxerto (30908027): considerando-se que a confecção de prótese arteriovenosa para hemodiálise não possui uma codificação TUSS específica, poderá ser utilizado o procedimento Fístula arteriovenosa – com enxerto (código TUSS 30908027) para efeitos de sua valorização, embora esse código seja destinado à correção de fístula AV nos membros, congênita ou adquirida.

**12.21** Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada (toracotomia): para feitos de valorização, o procedimento serve apenas para quando a instalação for realizada em vigência de toracotomia.

**12.22 30911028 – Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)**

O FFR é o atual padrão diagnóstico para avaliação funcional da gravidade da lesão em pacientes com estenose de grau intermediário (tipicamente em torno de 40-70%<sup>1,2</sup>), sem evidência de isquemia em teste não invasivo ou em pacientes com doença multiarterial. Em um contexto ambulatorial, se constatada lesão moderada à cineangiocoronariografia (CATE), o paciente deverá ser encaminhado a submeter-se à estratificação isquêmica não invasiva, caso não a tenha realizado.

Caso:

- A estratificação não invasiva seja proibitiva (com a contraindicação apontada previamente pelo médico assistente, ambulatorialmente) e seja solicitado cateterismo de forma direta em paciente sintomático.

OU

- A estratificação não invasiva já tenha sido realizada, com resultado negativo ou inconclusivo e paciente sintomático, pode-se indicar a FFR no mesmo momento do CATE na presença de lesões intermediárias.

Considera-se como lesão hemodinamicamente significativa:

$$iFR < 0,89 \text{ OU } FFR < 0,8$$

Para realização de procedimento, há a necessidade de um único cateter independentemente do número de artérias avaliadas.

**Orientações para auditoria**

**Regras gerais:**

- Não está indicado o procedimento para estudo de lesões  $\geq 70\%$ .
- Não está indicado para estudo de lesões de tronco de coronária esquerda.



- O simples fato de se avaliar de forma observacional uma estenose encontrada em uma cineangiocoronariografia não justifica a cobrança deste código 30911028 como procedimento.
- As diretrizes consideram o FFR e o iFR como equivalentes<sup>1</sup>.

**Indicação em casos agudos:**

- Há indicação de aferição de FFR/iFR em casos agudos (angina instável ou infarto sem supra de ST) quando a ineangiocoronariografia (CATE) exhibe lesão moderada (40-70%) e há dúvidas quanto ao prejuízo funcional dessa lesão.
- Para fins de autorização nos casos agudos, é imprescindível que o laudo exiba o gradiente de pressão pré/pós-estenose (neste caso, no momento da autorização, o paciente já foi submetido ao procedimento). A Unimed executora deve fazer essa checagem com dados de prontuário, pois se questionada no Intercâmbio, poderá sofrer glosa. Quando questionado, o auditor da Unimed executora deverá inserir tal informação.

**Indicação em casos eletivos:**

Nos exames eletivos, pode-se indicar o procedimento FFR/iFR durante o CATE quando:

- CATE eletivo exhibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi positiva para isquemia
- CATE eletivo exhibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi contraindicada

**Obs. 1:** o FFR/iFR não deve ser autorizado eletivamente de rotina, pois sua indicação irá depender dos achados do CATE. As condições para solicitação prévia são:

- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial positiva para isquemia OU
- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial contraindicada.
- Se CATE realizado de forma ambulatorial exibir lesão intermediária (40-70%) por paciente sintomático estável, na ausência de estratificação isquêmica não invasiva, ou exame inconclusivo ou negativo.

**Obs. 2:** o FFR pode ser indicado em mais de uma artéria, desde que cada uma se enquadre nas condições acima e nenhuma outra tenha estenose  $\geq 70\%$ .

**Obs. 3:** na presença de uma lesão coronariana  $\geq 70\%$ , não está indicada neste momento aferição de FFR/iFR para investigação de lesões concomitantes moderadas (40-70%).

**12.23** A colocação cirúrgica do cateter de longa permanência (tipo portocath) deverá ser remunerada no código 30913101 – Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou hemodepuração.



**12.24** Para os casos de cateteres colocados por punção para as finalidades NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas, deverão ser remunerados pelos códigos:

30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hHemodepuração ou para infusão de soros/drogas
40813231	Colocação de cateter venoso central

**12.25 40814220 – Trombectomia no acidente vascular cerebral AVC isquêmico agudo**

Os códigos descritos abaixo estão contemplados no valor do honorário médico do procedimento 40814220, ou seja, não podem ser cobrados concomitantemente:

40812030	Angiografia por cateterismo NÃO seletivo de grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso
40812057	Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal – por vaso
40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento
40812073	Angiografia pós-operatória de controle

**12.26** Nos procedimentos de estudo, mapeamento e ablação em eletrofisiologia cardíaca, estão inclusos as angiografias e os cateterismos diagnósticos realizados.

**12.27** Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP): São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2, 3, 4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4 mm), também são passíveis de tratamento cirúrgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1.

- Classe 0 - Não apresenta doença venosa;
- Classe 1 - Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm);
- Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm);
- Classe 3 - Classe 2 + Edema;
- Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose;
- Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;
- Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.

### **13.0 INSTRUÇÕES GERAIS PARA OS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS RELACIONADOS À ENDOMETRIOSE**

#### **13.1 Conceitos**



O tratamento cirúrgico da endometriose pode ser indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes e resistentes ao tratamento medicamentoso. Estão bem indicados casos de endometriomas (ovários) e/ou quando a patologia exerce distorções na anatomia das estruturas pélvicas por aderências firmes, além de obstrução do trato intestinal ou urinário.

Exceção a endometriomas, a endometriose profunda infiltrativa (EPI) tem uma efetiva indicação cirúrgica terapêutica.

O que caracteriza uma endometriose peritoneal infiltrativa profunda é a infiltração dos focos endometrióticos por mais de 5mm, causando inflamações e aderências firmes, capazes de gerar as alterações anatomofuncionais na cavidade, responsáveis pela dor ou infertilidade. Focos de endometriose superficiais podem ser alvo de biópsias diagnósticas ou cauterizações.

As cirurgias terapêuticas para tratamento da endometriose podem ser classificadas em:

- **Cirurgia conservadora:** envolve destruição dos focos de endometriose e remoção de aderências, com conseqüente tentativa de restauração da anatomia pélvica.
- **Cirurgia definitiva:** envolve a retirada de útero, com ou sem salpingooforectomia (de acordo com a idade da paciente). Indicada quando há doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora (recidiva), existência de outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e não há mais o desejo de gestação. A histerectomia, com ou sem anexectomia, não desqualifica ou substitui a lise de aderências e o restabelecimento da anatomia, mas a abordagem de lesões retais e/ou de septo é muito discutível, pensando na relação risco-benefício nessa situação.

### **13.2 Forma de remuneração do procedimento diagnóstico:**

#### **13.2.1 Cirurgia diagnóstica que apresente endometriose simples ou superficial**

Para efeitos de remuneração da cirurgia, aberta ou laparoscópica, para fins de diagnósticos com ou sem biópsia associada sem que venha a ser feito qualquer procedimento terapêutico em sequência, as codificações TUSS cabíveis serão:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31009174 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão

b) Para cirurgias realizadas pela via de acesso laparoscópica:

31009352 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia

Nesses casos de cirurgia diagnóstica em que não for realizada a cauterização dos focos de endometriose, não caberá a inclusão dos códigos TUSS 31307043 –



Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico ou 31307183 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico via laparoscópica para fins de remuneração.

### 13.3 Tratamento cirúrgico de endometriose simples ou superficial

O tratamento cirúrgico de endometriose simples ou superficial por cauterização ou exérese de focos de endometriose não infiltrativos será valorizado conforme indicado abaixo. Da mesma forma, na cirurgia para fins de diagnósticos (com ou sem biópsia) em que venha a ser realizado na decorrência do procedimento cirúrgico terapêutico de cauterização ou exérese de focos de endometriose não infiltrativos, a laparotomia passa ser considerada a via de acesso. Nesses casos, o código TUSS para fins e remuneração passará a ser:

a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31307043 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico via laparoscópica

Obs.: nos casos de focos de endometriose superficiais, não caberá para fins de remuneração, a inclusão dos procedimentos:

31307124	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica
31307256	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica via laparoscópica.

### 13.4 Cromotubagem

Para fins de remuneração, na existência de endometriose peritoneal e se houver, concomitantemente, justificativa técnica para a investigação de infertilidade, cabe associação com o código abaixo:

31307060	Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem)
----------	--

Obs.: nesses casos, são excludentes para fins e remuneração os seguintes procedimentos:

31009174	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
31009352	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
31307078	Liberação de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritonias ou salpingólise



31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise
----------	---

### 13.5 Endometriose ovariana

Na existência de endometriose peritoneal simples/superficial e, concomitantemente, se houver endometriomas ovarianos com indicação técnica de exérese do endometrioma, para efeitos de valorização dos honorários, o procedimento a ser utilizado deverá ser:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31305016 – Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

- b) Para cirurgias realizadas pela via de acesso laparoscópica:

31305032 – Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

### 13.6 Endometriose profunda infiltrativa

Para os casos de endometriose profunda infiltrativa (infiltrada mais de 5mm no peritônio), a codificação para a sua remuneração nas cirurgias terapêuticas conservadoras ou definitivas, para fins de remuneração, deverá ser acrescentado 100% no código TUSS, abaixo descrito, de acordo com a via de acesso utilizada:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico

- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica

### 13.7 Outros sítios com endometriose profunda infiltrativa

Nos casos em que, além da existência de endometriose profunda infiltrativa, infiltrada mais de 5mm no peritônio, existir outros sítios comprovados por documentação prévia, confirmado pelo anatomopatológico, para fins de remuneração, será computada a associação de outro código, conforme descrito a seguir:

- Endometrioma ovariano

Na existência de endometrioma ovariano com indicação cirúrgica tecnicamente adequada, associado à endometriose peritoneal infiltrativa, para fins de remuneração dos honorários médicos, deverão ser associados ao código 31307043 – Endometriose peritoneal tratamento cirúrgico os seguintes procedimentos:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31305016 – Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:



31305032 – Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral

**13.8** Nas situações de cirurgias de endometriose profunda infiltrativa, quando a investigação de infertilidade for justificada tecnicamente, caberá a valorização do procedimento 31307060 – Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem) associada ao código 31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico.

Obs.: nesses casos, são excludentes para fins de remuneração os seguintes procedimentos:

31009174	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
31009352	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
31307078	Liberação de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoniais ou salpingólise
31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise

### **13.9 Compartimento posterior**

A endometriose infiltrativa do compartimento posterior está, quase sempre, associada à lesão em manto ou placa de região retrocervical.

#### **13.9.1 Região retrocervical**

Refere-se à lesão em placa/manto que se localiza na região retrocervical e pode se infiltrar para baixo (septo e vagina) ou para trás (saco de Douglas, tórus e ligamentos uterossacos, reto/sigmoide).

Nesses casos, a valorização se dará pelo código abaixo acrescentado em 100% os seus valores editados:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:  
31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:  
31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica

### **13.10 Vagina e septo retrovaginal**

a) Há lesões que se infiltram até o septo retovaginal, mais de 4 a 5 cm a partir da região retrocervical, podendo infiltrar também o fórnice vaginal. Podem haver adenomioses externas, que são a formação de lesões endometrióticas isoladas (não infiltrativas) do septo retovaginal. Para as lesões que exigem tecnicamente a ressecção da parede vaginal



e/ou septo (ressecadas todas as camadas da parede vaginal), quando documentada por anatomopatológico, pode ser somada aos códigos descritos no item 15.9.1, considerando a sua indicação técnica adequada, o procedimento abaixo:

31302025 Colpectomia – Esse procedimento deverá ser remunerado quando forem efetivamente ressecadas todas as camadas da parede vaginal.

- b) Para fins de remuneração, a codificação abaixo está reservada para lesões de septo retrovaginal baixas, claramente documentadas por exames prévios e/ou anatomopatológico.

31306063 – Ressecção de tumor do septo retovaginal

Obs.: os procedimentos 31307043 – Endometriose peritonial – tratamento cirúrgico ou 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirurgico via laparoscópica, já contemplam a abordagem do fundo de saco, ligamento e ressecção do septo vaginal.

### **13.11 Ligamento uterossacro (LUS)**

Nos casos de lesões, geralmente derivadas da lesão de manto retrocervical, que se estendem pelo tórus, saco de Douglas e ligamentos uterossacos, documentado por exame prévio e/ou por anatomopatológico, para fins de remuneração, é cabível a associação aos códigos descritos no item 15.9.1, considerando a sua indicação técnica adequada, dos procedimentos:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:

31307140 – Secção de ligamentos uterossacos

- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:

31307272 – Secção laparoscópica de ligamentos uterossacos

### **13.12 Intestinos**

Nos casos em que estiver tecnicamente indicada a retirada de lesões endometrióticas que se infiltram até a camada muscular da alça intestinal, em reto e/ou sigmoide, alças de delgado ou ainda de apêndice, para fins de remuneração, é cabível a associação aos códigos descritos no item 15.9.1, considerando a sua indicação técnica adequada, nas seguintes situações:

#### **13.12.1 Apêndice cecal**

Somente quando o apêndice cecal for retirado cirurgicamente e for confirmada a existência de sua infiltração endometriótica pelo anatomopatológico, os procedimentos para fins de remuneração serão:

- a. Para cirurgias realizadas pela via aberta:



31003079 – Apendicectomia (pela via aberta)

*b.* Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica

31003583 – Apendicectomia p/ videolaparoscopia

### **13.12.2** Lesões de delgado e/ou cólon, incluindo reto e sigmóide

Nas lesões que envolvem o intestino delgado e/ou cólon, incluindo reto e sigmoide, é fundamental uma análise técnica criteriosa de cada caso. Os seguintes fatores devem entrar na análise:

- multifocalidade
- distância da borda anal (se a lesão é retal)
- tamanho da lesão do manto retrocervical
- porcentagem da circunferência da alça acometida
- profundidade

Desses fatores, saem a indicação técnica do tipo de ressecção, que se estabelece basicamente em 4 possibilidades:

- Shaving: dissecção romba de serosa e muscular mais superficial
- Mucosal skinning: dissecção vai além da muscular, até submucosa
- Ressecção em disco: é de parede completa
- Ressecção segmentar: é de um segmento de alça

As lesões no reto podem se restringir à serosa ou adventícia, ou invadir a camada muscular da alça. Lesões sem invasão muscular da alça intestinal não justificam nenhum tipo de ressecção intestinal.

Lesões múltiplas e/ou com mais de 3 cm de extensão e/ou mais de 50% da circunferência da alça comprometida, geralmente, indicam ressecção segmentar da alça.

Lesões únicas, com menos de 3 cm, que acometem menos de 50% da circunferência, mas profundas, geralmente, vão justificar o que se chama de ressecção em disco ou a mucosal skinning, a qual é a ressecção da lesão até plano mucoso.

As ressecções shaving e mucosa skinning demandam fechamento seromuscular, que pode ser feito manualmente. As ressecções em disco podem ser feitas manualmente e, muito eventualmente, por grampeador endoanal.

Não se justificam grampeadores e cargas de ressecção segmentar para todas as ressecções em shaving ou mucosal skinning. Um grampeador circular, muito ocasionalmente, pode ser usado na ressecção em disco, podendo inclusive ser endoanal.

### **13.12.3** Formas de remuneração

Nos casos em que estiver presente a indicação técnica para terapia cirúrgica, deverá ser computada da seguinte forma:



a) Procedimentos realizados pelas técnicas:

- Shaving: dissecação romba de serosa e muscular mais superficial
- Mucosal skinning: dissecação vai além da muscular, até submucosa
- Ressecção em disco: é a ressecção de parede completa

Nesses casos, deverá ser utilizado um ou outro código abaixo descrito, para fins de remuneração, de acordo com o segmento ressecado:

- 31003320 – Enterotomia e/ou enterorrafia de qualquer segmento (por sutura ou ressecção)
- 31003230 – Colotomia e colorrafia

Obs.: independentemente se realizado pela técnica convencional ou videolaparoscópica

b) Procedimento realizado por técnica de ressecção:

Nos casos em que houver indicação técnica e o procedimento for realizado por ressecção intestinal, a remuneração deverá ser feita de acordo com os segmentos ressecados, os quais, deverão ser confirmados no anatomopatológico.

- 31003281 – Enterectomia segmentar nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo 3100367 – Enterectomia segmentar por videolaparoscopia

ou:

- 31003176 – Colectomia parcial nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo 31003621 – Colectomia parcial por videolaparoscopia

ou:

- 31003559 – Retossigmoidectomia abdominal nas cirurgias abertas, ou nas cirurgias por vídeo, o código 31003796 – Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia

### 13.13 Ureter

Nas cirurgias de compartimento posterior, faz parte da boa prática a identificação com dissecação dos ureteres e das artérias uterinas, sendo fase obrigatória do procedimento principal que é o tratamento da endometriose.

Somente será cabível a cobrança do procedimento de ureterólise apenas quando houver lesão infiltrativa extrínseca e/ou intrínseca do(s) ureter(es), devendo, para incluir a valorização desse procedimento, essa lesão estar documentada por exame prévio à cirurgia e descrita no relato cirúrgico.

Nesses casos, quando houver justificativa técnica conforme descrito acima, poderão ser remunerados os procedimentos:



- 31102298 – Ureterólise unilateral nas cirurgias abertas
- 31102506 – Ureterólise laparoscópica unilateral para cirurgias videolaparoscópicas

### **13.14 Compartimento anterior**

Para lesões infiltrativas, a ressecção de lesões em serosa uterina anterior (SUA) e reflexão peritoneal vésicouterina não têm codificação própria na TUSS, estando remunerada pela codificação principal abaixo indicada:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:  
31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico
- b) Para cirurgias realizadas pela via videoendoscópica  
31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica

Obs.: Ligamento redondo (LR) – Os códigos do procedimento principal: 31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico (cirurgia aberta), ou 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica já contemplam a ressecção de lesões infiltrativas no ligamento redondo, bem como a eventual fixação, quando necessária (ligamentopexia).

### **13.15 Bexiga**

Havendo lesões infiltrativas da parede vesical, para fins de remuneração, a sua retirada cirúrgica sem a ressecção de todas as camadas da parede já está sendo remunerada pela codificação principal (31307043 ou 31307183).

Nos casos em que houver a indicação técnica de ressecção de todas as camadas da parede, confirmada por anatomopatológico, ou seja, quando houver ressecção de um segmento da bexiga, caberá a associação dos procedimentos indicados abaixo:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:  
31103065 – Cistectomia parcial (cirurgia aberta)
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:  
31103529 – Cistectomia parcial laparoscópica (cirurgia laparoscópica)

### **13.16 Cirurgia definitiva**

Nas situações em que houver indicação técnica de cirurgia terapêutica definitiva para tratar cirurgicamente a endometriose, o que inclui a histerectomia total com ou sem anexectomia, para fins de remuneração, deverão ser utilizados os seguintes procedimentos:

- a) Para cirurgias realizadas pela via aberta:
  - 31307043 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico



- 31303129 Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral qualquer via
- b) Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica:
  - 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica
  - 31303234 – Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral

Para cirurgias realizadas por laparotomia		% de UTMs
31307043	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico	100%
31303129	Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (qualquer via)	50%

Para cirurgias realizadas pela via laparoscópica		% de UTMs
31307183	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica	100%
31303234	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral	50%

### **13.17 31307299 – Endometriose profunda (não inclui ureterólise e abordagem de outros órgãos pélvicos)**

A remuneração da ureterólise e a abordagem de outros órgãos pélvicos obedece a mesma regra técnica e de remuneração do procedimento 31307183 – Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica.

A remuneração da ureterólise e a abordagem de outros órgãos pélvicos caberá quando houver justificativa técnica, conforme o protocolo vigente.

**13.18** Todos os códigos de endometriose são excludentes entre si. Todas as regras do protocolo se estendem para as codificações 31307299 e 31307183, caso sejam as utilizadas nos pedidos.

## **14.0 UROLOGIA**

**14.1** Os procedimentos de retirada de cálculos pela via endoscópica dos códigos TUSS abaixo indicados foram valorizados de maneira que já contemplam a colocação do dreno de “duplo J”, assim como a sua retirada, quando necessários:

- 31102360 – Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral
- 31102379 – Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral



- 31102565 – Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral a laser

**14.2** A dilatação do ureter, quando necessária para a extração do cálculo, é parte integrante da técnica de extração do cálculo. Para fins de remuneração, é considerada parte integrante do ato operatório de retirada de cálculo. O tratamento do cálculo renal inclui a retirada dos fragmentos alvos da tripsia.

**14.3** O procedimento 20201133 – Acompanhamento médico na litotripsia extracorpórea está valorizado no procedimento principal.

**14.4** Cirurgia esterilizadora masculina – (31205070)

**a)** A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

**b)** O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade.

**c)** A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, deve estar devidamente registrada em prontuários.

**d)** O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

**14.5** Recanalização dos ductus deferentes (microcirurgia)

O procedimento 31205038 Recanalização dos ductus deferentes (microcirurgia) não é coberto para reversão de vasectomia.

## **15.0 OFTALMOLOGIA**

**15.1** 30309026 – Injeção retrobulbar – Podem ocorrer complicações locais e sistêmicas com o procedimento, como hemorragia retrobulbar, perfuração do globo ocular, oclusão da artéria central da retina, lesão do nervo óptico, estrabismo, entre outras. Tais complicações muitas vezes são graves, mas passíveis de resolução pelo oftalmologista. Já as complicações sistêmicas, embora pouco frequentes, são graves e ameaçam a vida. Podem ocorrer parada cardiorrespiratória e a anestesia do tronco cerebral, que parece estar relacionada à injeção inadvertida do anestésico no interior de um vaso sanguíneo ou no espaço subdural. Nesses casos, a presença do anestesiológico é a melhor escolha.

**15.2** A consulta Oftalmológica padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia (com ou sem midríase), microscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

**15.3** Tomografia de coerência óptica (OCT)

Quando uma tomografia de coerência óptica for realizada bilateralmente, remunera-se 100% do valor do procedimento e 70% do valor total para o segundo procedimento.



## 16.0 CIRURGIA GERAL

### 16.1 Hérnia umbilical em procedimentos intra-abdominais pela técnica videolaparoscópica

Considerando que a incisão umbilical é um passo necessário às cirurgias videolaparoscópicas para a introdução de trocater, como regra, não se reconhece a remuneração de inclusão da cobrança do procedimento 31009166 – Herniorrafia umbilical. Casos documentados com comprovação da existência de hérnias de tamanho maior que 5 cm, que não devem ultrapassar a 8% de uma população operada, poderão ser remunerados, a critério de avaliação da auditoria.

### 16.2 Gastroplastia para obesidade mórbida com biópsia hepática

Nas cirurgias de gastroplastia para obesidade mórbida pela via aberta ou por laparoscopia, os procedimentos foram valorizados para fins de remuneração de forma a já deixar contemplada a possível realização de biópsia hepática.

### 16.3 Enucleação de metástases hepáticas

A forma de remuneração para a enucleação das metástases hepáticas será:

- Os casos de exéreses de metástases de até dois nódulos metastáticos serão remunerados, nos procedimentos abaixo, conforme a sua técnica de retirada:
  - 31005586 – Enucleação de metástases hepáticas por videolaparoscopia
  - 31005250 – Enucleação de metástases hepáticas
- Nos casos de exéreses de metástases acima de dois nódulos metastáticos, será acrescentado aos procedimentos 31005586 ou 31005250, o procedimento 31005268 –Enucleação de metástases, por metástase, independentemente da via de acesso utilizada.
- Nos casos de enucleação de outras metástases (não contíguas), será remunerada 50% para cada metástase.
- O número de nódulos retirados deve estar descrito no relatório cirúrgico e compatível com a descrição da anatomopatologia.

### 16.4 Enterorráfias

- Não está prevista a remuneração desse procedimento quando a sutura for inerente ao procedimento principal, tais como: colectomias, fechamento de colostomia, enterostomias e outros cuja excisão cirúrgica do intestino e posterior anastomose é parte integrante na realização do procedimento.



- Enterorragias em mais de um segmento serão consideradas, para fins de remuneração, a partir do segundo segmento, sendo computadas em 50% da quantidade de UTMs referidas ao seu código TUSS.
- Para fins de remuneração, os procedimentos de enterorragias serão remunerados quando a sutura de anastomose ocorrer em todas as camadas da parede intestinal.

#### **16.5 Plicoma anal**

- A exérese de plicomas anais serão remuneradas pelo número até o máximo de três plicomas retirados comprovados no anatomopatológico e na descrição do relatório cirúrgico.
- Na realização da cirurgia de hemorroidectomia, a exérese de plicomas já é parte integrante do ato operatório.

#### **16.6 Condilomatose anal**

A remuneração prevista para condilomatose anal já inclui a exérese ou cauterização de toda a lesão.

#### **16.7 Abdominoplastia pós-cirurgia bariátrica**

A correção cirúrgica que envolve a parede abdominal, subcutâneo e pele após cirurgia bariátrica deverá ser remunerada pelo procedimento 30101972 – Abdominoplastia pós-bariátrica. Esse procedimento foi valorizado de forma a já estar previsto as correções cirúrgicas que envolvem: o excesso de pele, subcutâneo, da diástase de retos abdominais e de possíveis hérnias umbilicais ou epigástricas e onfaloplastia. Exceções: Hérnias umbilicais e/ou epigástricas com colo (anel herniário) maior que 2 centímetros.

Nas cirurgias não relacionadas a pos bariátricas, a correção do abdome em avental será pago pela codificação 30101271 - Dermolipectomia para correção de abdome em avental, podendo ser associado o código de diástase de retos quando necessário a correção da diástase e/ou hérnias da linha média com até 2 cm de colo.

As aferições de diástase e de colo de hernia são por exames de imagem prévio à cirurgia.

#### **16.8 Cirurgia da hidrosadenite**

A cirurgia da hidrosadenite será remunerada pelo procedimento 30101115 – Cirurgia da hidrosadenite (por região), que foi valorizado para ser remunerado independentemente do número de regiões operadas.

#### **16.9 Cirurgia bariátrica revisional**



Para qualquer cirurgia revisional, com ou sem critérios de DUT, por qualquer razão ou técnica, serão remunerados os seguintes procedimentos:

- a) Quando realizada por vídeo
  - 31002390 – Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia
  - 31002048 – Degastrogastrectomia sem vagotomia
- b) Quando realizada aberta (convencional)
  - 31002218 – Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica (com diretriz definida pela ANS nº 27)
  - 31002048 – Degastrogastrectomia sem vagotomia

Observações:

- 1- Cirurgia revisional não é tratamento de complicação (hérnia interna, fístula, obstrução...), não se aplicando o conceito e os pacotes nos primeiros 60 dias da bariátrica.
- 2- Se outros procedimentos forem realizados no mesmo ato, não ligados diretamente à revisão (ex. colecistectomia), estes podem ser normalmente agregados, conforme regras já vigentes.
- 3- O máximo de OPMEs é o já previsto nos pacotes de bariátrica.
- 4- Nas cirurgias revisionais, a DUT não será critério de cobertura, sendo opção escolhida para fins de pagamento de procedimentos revisionais.
- 5- Serão consideradas as seguintes exclusões:

5.1 – Quando realizada por vídeo

- 31002137 – Gastroenteroanastomose
- 31002358 – Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia
- 31003672 – Enterectomia segmentar por videolaparoscopia
- 31003680 – Enteroanastomose (qualquer segmento) por videolaparoscopia
- 31002307 – Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscopia
- 31002315 – Gastrectomia parcial com vagotomia por videolaparoscopia
- 31002323 – Gastrectomia parcial sem vagotomia por videolaparoscopia
- 31001360 – Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato) por videolaparoscopia
- 31001319 – Reintervenção sobre a transição esôfago-gástrica por videolaparoscopia
- 31009352 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
- 31002030 – Degastrogastrectomia com vagotomia
- 31002218 – Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica ABERTA (com diretriz definida pela ANS - nº 27)
- 31005675 – Biópsia hepática por videolaparoscopia

5.2 – Quando realizada aberta (convencional)

- 31002137 – Gastroenteroanastomose
- 31003290 – Enteroanastomose (qualquer segmento)



- 31003281 – Enterectomia segmentar
- 31002064 – Gastrectomia parcial com linfadenectomia
- 31002072 – Gastrectomia parcial com vagotomia
- 31002080 – Gastrectomia parcial sem vagotomia
- 31002145 – Gastrorrafia
- 31001262 – Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato)
- 31001149 – Reintervenção sobre a transição esôfago-gástrica
- 31002390 – Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia
- 31009174 – Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
- 31002030 – Degastrogastrectomia com vagotomia
- 31005063 – Biópsia hepática por laparotomia (até 3 fragmentos)

**16.10** Quando houver procedimento intervencionista realizado por ajuda de exame de imagem, o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago em separado. Exceto quando houver código específico para esse procedimento ou código já valorado conforme as regras vigentes.

#### **16.11** Retalho expandido

O procedimento 30101964 Retalho expandido é procedimento secundário a expansão com uso prévio de expansor e não cabe cobrança com nenhum código associado a retalho.

#### **16.12** Traumatismo cranioencefálico - tratamento cirúrgico

O procedimento 31401384 Traumatismo cranioencefálico - tratamento cirúrgico pode ser cobrado e é excludente com os seguintes procedimentos:

- 31401309 - Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano
- 30215013 - Cranioplastia
- 31401260 Tratamento cirúrgico da fístula liquórica.
- 31401082 Implante de cateter intracraniano.

Obs. Já temos outros códigos específicos para tratamento de TCE, como drenagem hematoma, craniotomia descompressiva, DVE e PIC.

**16.13** - Na reconstrução da cirurgia de Hartmann (ou equivalente) não cabe cobrança associada de retossigmoidectomia ou cirurgia de abaixamento.

## **17.0 OTORRINOLARINGOLOGIA**

### **17.1** Uvulopalatofaringoplastia

Nos procedimentos relacionados ao procedimento 30205247 – Uvulopalatofaringoplastia, a retirada de estruturas da faringe e do palato, tais como, adenoide e amígdalas, já estão contempladas na valorização de honorários do procedimento principal.

### **17.2** Laserterapia na mucosite



As terapias com laser realizadas para o tratamento da mucosite serão remuneradas no código 30202159 – Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão, sendo que o valor está previsto por sessão de terapia realizada em um mesmo dia, já incluindo os custos operacionais dessa terapia.

### 17.3 Sinusopatia e afins

#### 17.3.1 30501369 – Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo)

A cirurgia de correção de desvio de septo é a septoplastia, e deve ser remunerada, se documentada, em quantidade 1, independentemente de segmentos desviados.

Não há cobertura para septoplastia vídeo-assistida (30501539), e não se remunera 30501393 – Tratamento cirúrgico de deformidade nasal congênita como codificação terapêutica, porque o desvio de septo é uma doença adquirida.

#### 17.3.2 30501539 – Septoplastia por videoendoscopia

A codificação de tratamento de deformidade nasal congênita se aplica a tratamento de anomalias congênitas, tais como atresia das coanas, agenesia ou hipoplasia do nariz, fissura, entalhe ou fenda nasal, e perfuração congênita do septo nasal.

#### 17.3.3

30501067	Corneto inferior – cauterização linear – unilateral
30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia – unilateral
30501466	Turbinoplastia por radiofrequência
30501075	Corneto inferior – infiltração medicamentosa (unilateral)

A cauterização linear é um tipo de turbinoplastia com bisturi elétrico, e que reduz o volume dos cornetos, usada mais em crianças. As turbinoplastias por radiofrequência ou laser não têm cobertura.

Se justificada a turbinectomia ou turbinoplastia de cornetos inferiores e médios, na mesma cirurgia, paga-se a codificação por lado (inclui inferior e/ou médio, com lateralidade).

As turbinectomias ou turbinoplastias não são parte integrante da septoplastia ou outras cirurgias sinusais, desde que seja documentado que existam alterações nos cornetos e que se justifique a terapia cirúrgica. Não havendo justificativa ou documentação, passa a ser via de acesso para procedimentos principais.

O uso tópico ou a infiltração de soluções com vasoconstritor sobre cornetos não justifica agregar a codificação 30501075 – Corneto inferior – infiltração medicamentosa (unilateral) nas cirurgias. Justifica-se essa codificação para quando há infiltração isolada de corticoides, ou para a turbinoplastia química das conchas inferiores com ácido tricloroacético (ATA), técnica muito pouco aplicada na atualidade como alternativa ambulatorial às turbinectomias/turbinoplastia em casos selecionados.

#### 17.3.4

30501350	Rinosseptoplastia funcional
----------	-----------------------------



30501520	Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia
----------	---

Essas codificações são remuneradas 1x por cirurgia (sem bilateralidade) e incluem septoplastia, turbinectomias, todas as técnicas de turbinoplastias e o tratamento da insuficiência de válvulas externas, uni ou bilaterais.

Se a cartilagem para enxerto é retirada do septo, não justifica agregar nenhuma outra codificação, porém, se não há material local suficiente (cirurgias anteriores) e for necessária a retirada de enxertos de outras áreas (ex. costela ou orelha), agrega-se a codificação 30101301 – Enxerto cartilaginoso.

### 17.3.5

30403138	Timpanoplastia tipo I – miringoplastia – unilateral
30403120	Timpanoplastia com reconstrução da cadeia ossicular
30403111	Tímpano-mastoidectomia
30403081	Mastoidectomia simples ou radical modificada

Miringoplastia ou timpanoplastia tipo I é a cirurgia que apenas visa o fechamento da perfuração da membrana timpânica (MT), não se fazendo qualquer inspeção ou manipulação da cavidade timpânica (orelha média).

Já as demais timpanoplastias são cirurgias que, além da reconstrução da MT perfurada, trabalham para a recuperação funcional da orelha média, mesmo que se feita apenas a inspeção, caso não haja comprometimento auditivo. Portanto, a timpanoplastia pode ou não envolver uma reconstrução ossicular, mas sempre envolve exploração da orelha média.

- 30403138 – Timpanoplastia tipo I – miringoplastia – unilateral (tipo I)
- 30403120 – Timpanoplastia com reconstrução da cadeia ossicular (tipos III, IV e V, e por falta de codificação, também tipo II)
- 30403111 – Tímpano-mastoidectomia (tipo II com mastoide)
- 30403081 – Mastoidectomia simples ou radical modificada (somente mastoide)

Assim, ficam em exclusão por lado 30403138, 30403120 e 30403111. Se a timpanoplastia com reconstrução ossicular e abordagem mastoidea for necessária, permite-se então agregar 30403120 e 30403081.

### 17.3.6

30502209	Sinusectomia maxilar – via endonasal
30502322	Sinusectomia maxilar – via endonasal por videoendoscopia
30502020	Antrostomia maxilar intranasal
30502292	Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia
30502233	Sinusectomia maxilar – via oral (Caldwell-Luc)

30502080	Etmoidectomia intranasal
30502314	Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia
30502071	Etmoidectomia externa



30502268	Sinusotomia frontal intranasal
30502276	Sinusotomia frontal via externa
30502357	Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia
30502365	Sinusotomia frontal intranasal com balão por videoendoscopia
30502217	Sinusectomia frontal com retalho osteoplástico ou via coronal

30502250	Sinusotomia esfenoidal
30502349	Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia

Para fins de remuneração, contempla-se, no máximo, 1 codificação de cada grupo por lado (podendo ser remunerado bilateralmente, conforme indicação). Estarão vinculados a existência de patologia comprovada por exame de imagem prévio recente (máximo 3 meses) que indiquem a adequada indicação técnica de terapia cirúrgica.

Remuneram-se as codificações quando:

- 1- Estiverem documentados déficit de aeração/drenagem, infecção fúngica (inclui bola fúngica), cistos de retenção grandes e pólipos.
- 2- Quando há drenagem e aeração, não caberá remuneração (em fase de conta) de sinusotomias/sinusectomias, sem necessidade de Junta Médica, quando não há alterações sinusais, ou há espessamento mucoso quantificado como incipiente/ discreto/ mínimo/ pequeno.
- 3- Para espessamentos maiores, mas com drenagem e aeração garantidos, a discussão deve ser resolvida por segunda opinião especializada ou Junta Médica.

**17.4** Para fins de remuneração, a possível combinação com os códigos abaixo indicados dependerá da comprovação de sua realização. Deve ser remunerada se for documentada, por exames atualizados (máximo de 3 meses), a existência prévia da patologia que indique tecnicamente o procedimento. Nesses casos, os critérios de remuneração para cirurgias de codificação múltipla das instruções gerais deverão ser obedecidos.

30501369	SEPTOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA SEM VÍDEO)
30501458	TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA UNILATERAL
30205247	UVULOPALATOFARINGOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)
30403154	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL
30205050	AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS
30501067	CORNETO INFERIOR CAUTERIZAÇÃO LINEAR UNILATERAL
30501350	RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL
30501377	SINÉQUIA NASAL RESSECÇÃO UNILATERAL



30501270	PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL CORREÇÃO CIRÚRGICA
30205034	ADENOAMIGDALECTOMIA
30403154	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL
30501288	POLIPECTOMIA UNILATERAL (NARIZ)
30502160	PÓLIPO ANTROCOANAL DE KILLIAM EXÉRESE

**17.5** A infiltração medicamentosa de cornetos inferiores (30501075) não se refere à colocação de solução de adrenalina e/ou corticoides e/ou anestésicos nas cirurgias nasossinusais, sendo técnicas de hemostasia inclusas nos procedimentos principais.

30501164	Epistaxe – tamponamento anterior
30501156	Epistaxe – tamponamento anteroposterior
30501113	Epistaxe – cauterização (qualquer técnica)
30501172	Epistaxe – tamponamento anteroposterior sob anestesia geral
30501121	Epistaxe – cauterização da artéria esfenopalatina com microscopia – unilateral
30501482	Epistaxe – cauterização da artéria esfenopalatina com microscopia – unilateral por videoendoscopia
30501130	Epistaxe – cauterização das artérias etmoidais com microscopia – unilateral
30501148	Epistaxe – ligadura das artérias etmoidais – acesso transorbitário – unilateral
30502039	Artéria maxilar interna – ligadura transmaxilar
30502306	Artéria maxilar interna – ligadura transmaxilar por videoendoscopia

Em procedimentos cirúrgicos nasossinusais, a hemostasia, por diversos métodos, é parte integrante do(s) procedimento(s) principal(is), não cabendo acrescentar codificações de epistaxes.

**17.6** Para fins de remuneração, o procedimento 30501024 – Abscesso ou hematoma de septo nasal – drenagem sob anestesia geral não deverá ser considerado em transoperatório de outra cirurgia. Ele deverá ser considerado para a finalidade específica de drenar abscesso ou hematoma por trauma ou de pós-operatório após alta cirúrgica.

30501024	ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL DRENAGEM SOB ANESTESIA GERAL
----------	--

### 17.7 Implante coclear

Esse procedimento foi valorizado em modo que já contempla os procedimentos acessórios à sua execução. Em regra geral, ele deverá ser remunerado em porte único.

### 17.8 Cerúmen e tampão auricular



Os códigos: 20104065 – Cerúmen – remoção (bilateral) e 30402018 – Aspiração auricular passam a vigorar com o mesmo valor (= 32 UTMs), passando a ser remunerado exclusivamente para situações terapêuticas da seguinte forma:

- 20104065 – Cerúmen – remoção (Uni ou bilateral)

Será válido para efeitos de remuneração no procedimento realizado para remoção de tampão de cerúmen, uni ou bilateral.

- 30402018 – Aspiração auricular (uni ou bilateral)

Será válido para efeitos de remuneração para as situações em que haja indicação terapêutica de retirada de corpo estranho, líquido ou secreções.

Observações:

\*Para efeitos de remuneração, a limpeza da cera do conduto auricular para realização do exame físico otoscopia não caracteriza o pagamento dos códigos “remoção de cerúmen” ou “aspiração auricular”. Os dois códigos acima são excludentes entre si.

Esses códigos podem ser remunerados concomitantemente com a consulta médica quando devidamente justificados para as situações acima definidas.

## 18.0 NEUROCIRURGIA:

### 18.1 Hipofisectomia

Para cirurgia de hipofisectomia será permitida a combinação dos seguintes grupos:

GRUPO 1:

CIRURGIA ABERTA	
31401155	Microcirurgia para tumores intracranianos
31401074	Hipofisectomia por qualquer método

GRUPO 2:

MICROCIRURGIA TRANSLABIAL	
31401074	Hipofisectomia por qualquer método
31401163	Microcirurgia por via transesfenoidal

GRUPO 3:

ENDOSCÓPICO TRANSNASAL	
31401074	Hipofisectomia por qualquer método
31401031	Cirurgia intracraniana por via endoscópica
31401341	Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar



Observação: 31401341 - Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar - procedimento cobrado exclusivamente para otorrinolaringologista. Esta codificação terá como excluídos septoplastias, turbinectomias, e todas as codificações de sinusotomias e sinusectomias, não somente a esfenoidal.

**18.2 - 30302021 Descompressão de órbita ou nervo ótico**

Utilizar codificação de descompressão nervosa quando o tumor envolve mais de 50% da estrutura nervosa, e um procedimento específico e complementar precisou ser executado, não cabendo remuneração quando apenas o tratamento do tumor já gera a descompressão.

**18.3 - 31401171 - Microcirurgia vascular intracraniana**

Quando os tumores selares invadem os seios cavernosos, ou abraçam as carótidas ou outros vasos, a complexidade e risco do procedimento aumentam bastante, inclusive podendo impedir o tratamento completo do tumor. A codificação pode ser agregada quando procedimentos específicos sobre vasos e seios foram efetivamente realizados, cabendo a codificação ao tratamento e não apenas ao diagnóstico.

**18.4 - Fístula liquórica**

30501202	Fechamento de fístula liquórica transnasal
30501210	Fístula liquórica - tratamento cirúrgico endoscópico intranasal
31401260	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica

Fístula liquórica é um diagnóstico objetivo e firmado antes da cirurgia. As codificações para tratamento de fístulas liquóricas não são remunerados como tempo cirúrgico de fechamento primário da dura-máter ou duroplastias durante cirurgias.

É lícita a sua cobrança, se documentado antes da cirurgia.

Essa regra se aplica à cirurgias por craniotomia, cirurgias de coluna ou cirurgias transfenoidais.

**19.0 CIRURGIA DA COLUNA**

**Conceitos**

- a) Segmento vertebral em coluna vertebral: refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas cápsulo-ligamentares e musculares a elas vinculadas.
- b) Segmento anatômico em coluna vertebral: refere-se à divisão da coluna nos segmentos cervical, dorsal (ou torácico), lombar e sacrococcígeo, não podendo ser usadas outras unidades por similaridade (ex. com o osso íliaco).
- c) Bloqueio diagnóstico: identifica o foco da dor, diferencia dores somáticas de viscerais e a eventual participação do sistema nervoso simpático. Um bloqueio teste é feito com a infiltração de pequena quantidade de anestésico (sem outra medicação) em área articular suspeita de ser a causa da dor.



- d) Bloqueio terapêutico: realizado para controle da dor, bloqueio de ciclos viciosos em síndromes dolorosas complexas e bloqueio das vias aferentes da região de origem da dor. Podem ser anestésicos/ analgésicos ou neurolíticos.
- e) Bloqueio anestésico/analgésico: é a infiltração de anestésico para alívio da dor, podendo ter intuito diagnóstico, prognóstico ou terapêutico. Corresponde às infiltrações de corticoides, opioides, anti-inflamatório, clonidina, guanetidina, cetamina, entre outros.
- f) Bloqueio neurolítico: são procedimentos neurodestrutivos que, por meio de agentes químicos (álcool absoluto, éter, fenol, glicerol), físicos (frio, radiofrequência, laser), ou por técnica cirúrgica, buscam a destruição de tecidos nervosos para que aconteçam mudanças funcionais que culminem no alívio da dor

### 19.1 Bloqueios facetários anestésicos

31602126	Bloqueio facetário paraespinhoso
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular
31403034	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento

- a) Para fins de remuneração, os procedimentos 31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento, 31602126 – Bloqueio facetário paraespinhoso e 40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular foram nivelados em seus portes cirúrgicos, anestésicos e de sala.

HM Cirurgião – 293 UTM's

HM Anestésista – 280 UTM's (indicador anestésico F)

Auxiliar – 0

Taxa de sala – Porte 1

- b) Os procedimentos 31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento, 31602126 – Bloqueio facetário paraespinhoso e 40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular são excludentes entre si.

- c) Serão remunerados percentualmente até três vezes, por segmento anatômico, conforme exemplificado abaixo.

Primeiro segmento anatômico – 100 + 50 + 50

Segundo segmento anatômico – 70 + 50 + 50

### 19.2 Bloqueios facetários neurolíticos

31403034	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento
31403336	Rizotomia percutânea por segmento – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62)
30715423	Radiculotomia (com diretriz definida pela ANS nº 62)

- a) São excludentes entre si.



- b) De acordo com a diretriz 62 da RN 465, a rizotomia deve ser obrigatoriamente precedida de bloqueio teste.
- c) São remunerados percentualmente até três vezes, por segmento anatômico, conforme exemplificado abaixo.
- Primeiro segmento anatômico – 100 + 50 + 50  
Segundo segmento anatômico – 70 + 50 + 50
- d) Para esses procedimentos, não há previsão de auxiliar.

**19.3** Excludências com bloqueio facetário, no mesmo ato cirúrgico, no mesmo segmento anatômico – Somente caberá em segmentos anatômicos distintos, respeitada adequada indicação técnica.

31602169	Bloqueio peridural ou subaracnoideo com corticoide
31602150	Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo
31602126	Bloqueio facetário paraespinhoso
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular
31403026	Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos
31602118	Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares

**19.4** Para efeitos de remuneração, abaixo, estão descritas as regras que estabelecem quando são consideradas adequadas ou não as possíveis associações de códigos dos procedimentos relativos às cirurgias da coluna.

- a) Caberá a associação da substituição de corpo vertebral com artrodese da coluna quando a indicação técnica for adequada, considerando-se a necessidade de fixação.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento

- b) No tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito, cabe a associação com artrodese da coluna quando houver necessidade técnica de fixação dos segmentos da coluna.

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento

- c) Caberá a associação do tratamento cirúrgico das fraturas de coluna com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.

30715164	Fraturas ou fraturaluxação de coluna – tratamento cirúrgico
----------	---



30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico
----------	--

- d) Caberá a associação da substituição do corpo vertebral com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico

- e) Caberá a associação da substituição do tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito com artrodese de coluna quando a fixação estiver indicada tecnicamente.

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico

- f) O procedimento 30715229 – Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico é parte integrante da artrodese, não sendo remunerado em associação com 30715024 – Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico e 30715016 – Artrodese da coluna com instrumentação por segmento.

- g) Caberá a associação do tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares com artrodese de coluna quando há necessidade técnica adequada de fixação da coluna.

30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações av, siringomielia, parasitoses)

- h) O código 30713072 – Retirada de enxerto ósseo é remunerado quando é realizada a retirada de enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico, como da crista ilíaca.

A colocação do enxerto ósseo retirado de pedículos e/ou processos transversos, assim como de outros sítios cirúrgicos (como da crista ilíaca) e uso de enxerto inorgânico são fases obrigatórias da fusão, remunerado pela codificação da artrodese, não sendo remunerado o código 30732026 – Enxerto ósseo.

- i) O código 30715091 – Descompressão medular e/ou cauda equina não é remunerado associado com os códigos abaixo. É considerado como parte integrante da cirurgia principal.

30715199	Laminectomia
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico
30715180	Hérnia de disco toracolombar – tratamento cirúrgico



30715385	Tumor ósseo vertebral ressecção com ou sem instrumentação – tratamento cirúrgico
30715164	Fraturas ou fraturaluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715202	Microcirurgia para tumores extra e intradurais
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)
30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico
30715288	Substituição de corpo vertebral

- j) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedulares, para fins de remuneração, não se encontra justificativa técnica para a realização de bloqueio facetário paraespinal em concomitância.

31602126	Bloqueio facetário paraespinal
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

- k) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedular, a sutura da dura-máter é parte integrante da cirurgia. Não cabe, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos.

31401260	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

Obs.: o tratamento da fístula liquórica pode ser remunerado se houver um diagnóstico documentado pré-operatório.

- l) Nos procedimentos de terapia microcirúrgica de lesão intramedular, a possível realização de osteotomia é parte integrante da cirurgia. Não caberá, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos.

30715229	Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico
30715369	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)

- m) Não cabe, para fins de remuneração, a associação deles com o código 30715091 – Descompressão medular e/ou cauda equina.



30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715199	Laminectomia ou laminotomia
30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico
30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina

- n) O tratamento da osteomielite de coluna já prevê a possível descompressão medular, caso ocorra. Não caberá, para fins de remuneração, a associação dos dois códigos combinados.
- o) A osteoplastia e discectomia já são partes integrantes da correção da fratura da coluna, com ou sem luxação, portanto, para fins de remuneração, os dois códigos são colidentes.

40814092	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)
30715164	Fraturas ou fraturaluxação de coluna – tratamento cirúrgico

- p) Para fins de remuneração, caberá a associação de tratamento cirúrgico de hérnia discal toracolombar ou cervical quando estiver indicada tecnicamente a correção do canal vertebral estreito.

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715180	Hérnia de disco toracolombar – tratamento cirúrgico

Ou

30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico

- q) Nos casos de fratura da coluna com possível herniação do disco, a correção cirúrgica da fratura já inclui a remuneração da hérnia formada pelo trauma.

30715164	Fraturas ou fraturaluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico

- r) Para fins de remuneração, no tratamento cirúrgico do canal vertebral estreito, a realização da laminectomia já está prevista, não cabendo, portanto, a associação dos dois códigos.



- s) Na realização de microcirurgia para tumores extraintradurais, para fins de remuneração, os códigos abaixo indicados já estão inclusos na cirurgia principal, não cabendo associação com o código 30715202 – Microcirurgia para tumores extraintradurais.

30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento

- t) Para fins de remuneração, o código de Substituição de Corpo Vertebral deve ser considerado adequado na associação Microcirurgia para Tumores ExtraIntradurais, quando for retirado mais de 50% do corpo vertebral.

30715288	Substituição de corpo vertebral
30715202	Microcirurgia para tumores extraintradurais

- u) Respeitada a devida indicação técnica, para fins de remuneração, a combinação da artrodese da coluna com instrumentação com microcirurgia para tumores extraintradurais pode ser considerada adequada.

30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento
30715202	Microcirurgia para tumores extraintradurais

- v) Havendo adequada indicação técnica de retirada de todo o material de síntese em um tratamento cirúrgico de osteomielite, para fins de remuneração, deve ser considerada a combinação dos dois códigos abaixo indicados.

30715270	Retirada de material de síntese – tratamento cirúrgico
30715210	Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico

- w) A exploração cirúrgica de nervo e neurólise das síndromes compressivas, conforme codificadas abaixo, já são partes integrantes da realização do procedimento de 30715423 – Radiculotomia.

31403123	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)
31403280	Neurólise das síndromes compressivas



- x) No procedimento de substituição do corpo vertebral, os procedimentos abaixo indicados, para fins de valorização, já são considerados como parte integrante do procedimento 30715288 – Substituição de corpo vertebral.

30715091	Descompressão medular e/ou cauda equina
30715164	Fraturas ou fraturluxação de coluna – tratamento cirúrgico
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento

- y) Para fins de remuneração, o procedimento 30715199 – Laminectomia ou laminotomia é considerado como via de acesso cirúrgico, é remunerado quando tecnicamente indicado como procedimento isolado (código único).

## 20.0 CIRURGIA CARDÍACA

### 20.1 Regras de remuneração

- a) A remuneração dos honorários médicos da cirurgia cardíaca para a equipe cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS que fazem parte do procedimento principal. Sendo assim, para fins de remuneração, os procedimentos acessórios já se encontram incluídos na valorização do ato operatório da cirurgia principal.
- b) Para fins de remuneração, os atos operatórios da cirurgia cardíaca deverão considerar os protocolos que constam na aba cardiologia.
- c) Para maior clareza, foram listadas as formas de remunerar as cirurgias mais frequentes no Intercâmbio.

### 20.2 30902029 – Cirurgia multivalvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total



30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.3. 30902045 – Plastia valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.4 30902053 – Troca valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada



30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas
----------	---

### 20.5 30903017 – Aneurismectomia de VE

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.6 30903025 – Revascularização do miocárdio

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.7 30903033 – Revascularização do miocárdio + Cirurgia valvar



A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.8 30917034 – Cardiostomia (ferimento, corpo estranho, exploração)**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.9 30803160 – Tromboendarterectomia pulmonar – qualquer técnica**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer



um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.10. 30906083 – Aneurismas torácicos ou toracoabdominais**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30915023	Drenagem do pericárdio
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.11 30915040 – Pericardiotomia/pericardiectomia**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
----------	------------------------



30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.12 30901057 – Correção cirúrgica da comunicação interatrial

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.13 30901065 – Correção cirúrgica da comunicação interventricular

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio



30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

**20.14 30901103 – Ressecção (infundíbulo, septo, membranas, bandas)**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

**20.15 30901090 – Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) ou Anastomose sistêmico-pulmonar (BT) com ou sem CEC**

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30912083	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica**
30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada



30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas
----------	---

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

#### **20.16 30901022 – Canal arterial persistente – correção cirúrgica**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.17 30901030 – Coarctação da aorta – correção cirúrgica**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

#### **20.18 30901049 – Confecção de bandagem da artéria pulmonar**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos



códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30915023	Drenagem do pericárdio
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.19 30917042 – Retirada de tumores intracardíacos

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.20 30915015 – Correção cirúrgica das arritmias

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio



30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.21 30902037 – Comissurotomia valvar

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio
30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

### 20.22 30906172 – Correção das dissecções da aorta

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30904080	Instalação de marcapasso epimiocárdico temporal
30915023	Drenagem do pericárdio



30804116	Retirada de dreno tubular torácico
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares
30916011	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
30913047	Instalação de circuito de assistência prolongada
30913055	Manutenção de circuito de assistência circulatória prolongada – 6 horas

**20.23 30912237 – Tratamento percutâneo do aneurisma/dissecção da aorta**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

30912024	Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso)
30906202	Endarterectomia ilíaco-femoral
40812030	Angiografia por cateterismo não seletivo por grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso
40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento

**20.24 30912091 – Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos, com ou sem angioplastia**

A valorização dos honorários médicos da cirurgia para as equipes cirúrgica e anestésica já levou em consideração a inclusão da possível realização dos procedimentos listados nos códigos TUSS abaixo citados. Para efeitos remuneratórios, a possível realização de qualquer um desses procedimentos já está integrada na valorização do ato operatório da cirurgia principal.

40812030	Angiografia por cateterismo não seletivo por grande vaso
40812049	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso
40812065	Angiografia transoperatória de posicionamento

**20.25 - 30905010 Colocação de balão intra aórtico – A retirada do balão intra aórtico está inclusa na colocação****21.0 DIRETRIZES PARA TERAPIA DA DOR**

**A. SÍNDROMES DOLOROSAS CÉRVICO-CRANIANAS**

**1) Neuralgia do trigêmeo**

Bloqueios anestésicos	<b>31602045 – Bloqueio anestésico de nervos cranianos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ser bilateral.</li> </ul>
Bloqueios neurolíticos	<b>31602134 – Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ser bilateral.</li> </ul>
	<b>31404022 – Neurotomia seletiva do trigêmeo *</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Sendo 31404030 submetido a DUT 62, seria um procedimento por radiofrequência, enquanto 31602134 atende denervação química. Para fins de remuneração, ambos em quantidade máxima 2 (pela lateralidade), sendo raríssimo ter indicação bilateral. Bloqueios neurolíticos incluem o bloqueio anestésico prévio.</li> <li>☐ Não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de nervos periféricos, de plexo ou códigos de bloqueio de SNA.</li> <li>☐ A neurotomia percutânea por balão não tem codificação específica, podendo ser usada a codificação 31404030 para compressão do gânglio de Gasser por balão.</li> <li>☐ A codificação 31404022 é de uma denervação cirúrgica.</li> </ul>
	<b>31404030 – Tratamento de neuralgia do trigêmeo por técnica percutânea – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62)</b> <b>Obs.: quando orientado por imagem, cobrar código correspondente</b>	

**2) Neuralgia dos nervos occipitais**

Bloqueios anestésicos	<b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, quantidade máxima 4 (occipital maior e menor, com lateralidade).</li> </ul>
Bloqueio neurolítico	<b>31602134 – Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, quantidade máxima 4 (occipital maior e menor, com lateralidade), sendo que se aplica a denervação química ou por radiofrequência.</li> <li>☐ Há cobertura para denervação por radiofrequência na conformidade da DUT 62 (3. Pacientes portadores de neuralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses), porém não há codificação específica para denervação por</li> </ul>



		<p>radiofrequência de occipitais, logo usar 31602134.</p> <p><input type="checkbox"/> Não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de plexo ou códigos de bloqueio de SNA</p>
<b>3) Síndromes miofasciais crânio-cervicais</b>		
	<b>20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo</b>	<p><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima 2, por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento (2 do tronco e 2 do segmento cefálico).</p> <p><input type="checkbox"/> Se for apenas com bloqueio de ponto gatilho, quantidade máxima 6 pontos por procedimento.</p>
<b>4) Dor na articulação temporomandibular</b>		
Articular	<b>31602088 – Bloqueio de articulação temporomandibular</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, paga-se por articulação.
Ou		
Nervo periférico	<b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade máxima de 3 por lado (com lateralidade). A técnica mais comum inclui o bloqueio do nervo auriculotemporal, masseterino e mio-hioideo.
<b>B. SÍNDROMES DOLOROSAS NA COLUNA</b>		
<b>1) Dor facetária</b>		
Bloqueio anestésico	<b>31602126 – Bloqueio facetário paraespinal</b> <b>40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular</b>	<p>As instruções abaixo aplicam-se a bloqueios anestésicos e neurolíticos.</p> <p><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima de 3 segmentos vertebrais por segmento anatômico, sendo devidamente documentada a artrose facetária, e justificada por achados de exame físico e história, descrevendo quais as facetas com artrose estão gerando dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Os bloqueios anestésicos da articulação ou do nervo medial são remunerados por 31602126 ou 40813363 e são excludentes entre si.</p>
Bloqueio neurolítico	<b>31403034 – Denervação percutânea de faceta articular – por segmento</b> <b>31403336 – Rizotomia percutânea por segmento – qualquer método (com diretriz definida pela ANS nº 62)</b>	<p><input type="checkbox"/> No caso de dor facetária e radicular/discogênica no mesmo segmento, a codificação 40813363 deve ser a remunerada, pois ao inundar a região foraminal, bloqueia-se os três tipos de dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Os bloqueios neurolíticos químicos (álcool glicérol, fenol, éter, xilol) para dor facetária são remunerados por 31403034.</p>



	<b>30715423 – Radiculotomia (com diretriz definida pela ANS nº 62)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ É de boa técnica que qualquer bloqueio neurolítico/denervação, por qualquer método, seja precedido por bloqueios teste ao rigor da técnica. Se resultado dos bloqueios teste são positivos, poderia ser indicado o bloqueio neurolítico que, tecnicamente, é semelhante aos bloqueios anestésicos, e incluem a injeção de anestésico antes das substâncias neurolíticas.</li><li>□ Os bloqueios facetários neurolíticos por radiofrequência (31403336 ou 30715423) são submissos à DUT 62, e excludentes com 314033034, 31602126 e 40813363.</li><li>□ As codificações de bloqueio peridural não seletivo (31602150 e 31602169), de bloqueios de nervo periférico (31403026 e 31602118) de infiltração intra-articular (30713137) e de bloqueio do sistema nervoso autônomo (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 e 31602100) não são remuneradas em associação com 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 e 30715423, no tratamento de dores na coluna.</li><li>□ Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários a tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, podem ser agregados pontos gatilhos (2xx 20103301 por segmento corporal), máximo de 4 por procedimento.</li><li>□ Nos bloqueios de coluna, não se remunera codificações cirúrgicas de neurólise, microneurólise ou relacionadas às cirurgias convencionais de descompressão nervosa.</li><li>□ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.</li></ul>
<b>2) Dor radicular/ discogênica</b>		



**40813363 – Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular**

- Para fins de remuneração, quantidade máxima de 3 segmentos vertebrais por segmento anatômico, sendo devidamente documentado por imagem o conflito radicular.
- O bloqueio peridural seletivo, ou foraminal, ou transforaminal, visa bloquear a raiz medular sensitiva, mas inunda toda a região foraminal, também bloqueando nervo medial (dor facetária) e, por isso, bloqueia dores radiculares, facetárias e discogênicas.
- As codificações de bloqueio peridural não seletivo (31602150 e 31602169), de bloqueios de nervo periférico (31403026 e 31602118) de infiltração intra-articular (30713137) e de bloqueio do sistema nervoso autônomo (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 e 31602100) não são remuneradas em associação com 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 e 30715423, no tratamento de dores na coluna.
- Excepcionalmente, e mediante justificativa e documentação, pode ser associado à codificação de bloqueio de nervo periférico (31403026 e 31602118) para a realização do bloqueio terapêutico do gânglio da raiz dorsal (bloqueio DRG), em quantidade 1x por procedimento.
- Radiculotomia, mielotomias, cordotomias, drezotomias são procedimentos neurolíticos específicos e submissos às suas respectivas DUTs.
- Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários a tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, podem ser agregados pontos gatilhos (2xx 20103301 por segmento corporal), máximo de 4 por procedimento.
- Nos bloqueios de coluna, não se remunera codificações cirúrgicas de neurólise, microneurólise ou relacionadas às cirurgias convencionais de descompressão nervosa.
- 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento



	<p>de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.</p>
<p><b>3) Sacroileíte</b></p>	
<p>Caso agudo</p>	<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade máxima 2 (lateralidade). Refere-se à aplicação de corticoides intra-articulares.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há justificativa optar ou agregar codificações de bloqueios anestésicos de nervos periféricos às infiltrações intra-articulares (mais simples e efetivas).</li> <li><input type="checkbox"/> Não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justificam codificações de sistema nervoso autônomo/simpático.</li> <li><input type="checkbox"/> Sendo uma dor articular, não há justificativa para agregar infiltrações extra-articulares e/ou musculares/ponto gatilhos.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há embasamento científico para solicitação de viscosuplementação.</li> </ul>
<p>Caso crônico</p>	<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b></p> <p><b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</b></p> <p><b>20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nos casos mais crônicos, em que as medidas clínicas falharam e a infiltração articular anestésica for fortemente positiva, existe a denervação de raízes sacrais de S1 e S2.</li> <li><input type="checkbox"/> Não havendo cobertura para denervação por radiofrequência (DUT 62), mas apenas as denervações químicas. A codificação de denervação facetária ou rizotomia não se aplica a esse tipo de terapia, conforme as próprias terminologias, restando as codificações de nervo periférico (31403026 ou 31602118), em quantidade máxima 2 por lado (lateralidade), ou pela codificação 20103140 – Bloqueio fenólico,</li> </ul>



		<p>alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8) em quantidade 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justificam codificações de sistema nervoso autônomo/simpático.</li> <li><input type="checkbox"/> Sendo uma dor articular, não há justificativa para agregar infiltrações extra-articulares e/ou musculares/ponto gatilhos.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há embasamento científico para solicitação de viscosuplementação.</li> <li><input type="checkbox"/> 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.</li> </ul>
<b>4) Coccidínia</b>		
Casos agudos ou crônicos	<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p> <p><b>31602169 – Bloqueio peridural ou subaracnoideo com corticoide</b></p> <p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b></p> <p><b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares (do nervo coccígeo)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade é 1 por procedimento, para qualquer uma das codificações elencadas.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há cobertura para viscosuplementação.</li> </ul>
Casos crônicos	<p><b>31602070 – Bloqueio anestésico simpático (do gânglio ímpar)</b></p> <p><b>20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade 1 por procedimento, para qualquer uma das codificações.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há cobertura para denervação por radiofrequência (DUT 62).</li> </ul>



	<p><b>por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8) para bloqueio neurolítico do nervo coccígeo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ A denervação química refere-se ao uso de fenol ou álcool (e outros), conforme terminologia 20103140, e não ao uso de toxina botulínica.</li> <li>☐ 31602150 – Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnoideo refere-se à infiltração peridural ou subaracnoidea de substâncias neurolíticas (álcool, éter, fenol, xilol, glicerol), é procedimento de extrema exceção, e reservado para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados, mediante relatório detalhado. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência para outros casos.</li> </ul>
<b>C. SÍNDROMES DOLOROSAS DO OMBRO</b>		
	<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por ombro.</li> <li>☐ Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como artrite, artrose, impacto, capsulite adesiva e lesões intra-articulares (glenoide e cartilagem). Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.</li> <li>☐ Não existe evidência para viscosuplementação.</li> </ul>
	<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por ombro.</li> <li>☐ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.</li> </ul>
	<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b>  <b>20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima é de 2 nervos por ombro.</li> <li>☐ Os bloqueios nervosos no ombro são reservados principalmente às síndromes dolorosas mais complexas, mediante justificativa.</li> <li>☐ Para situações de exceção, de dor crônica severa e com contraindicação de tratamento cirúrgico, podem ser propostos, excepcionalmente, bloqueios neurolíticos de dois nervos por ombro, mediante justificativa</li> </ul>



	<p>detalhada. Bloqueios neurolíticos são feitos com álcool, glicerol, éter, xilol e fenol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para os bloqueios neurolíticos/denervação, não há cobertura para procedimentos com radiofrequência (não preenche DUT 62), e os bloqueios neurolíticos químicos são pagas pelas codificações de bloqueios de nervo periférico (31403026 ou 31602118), em quantidade máxima 2 por lado, com lateralidade, ou pode ser ainda usada a codificação 20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8), e como não é para toxina botulínica, não fica submetido à DUT, mas é paga por segmento anatômico. Não há pertinência de uso de codificações de neurólise, microneurólise, rizotomia, denervação facetária, ou outras codificações de cirurgia convencional.</li> </ul>
<b>D. SÍNDROMES DOLOROSAS DO COTOVELO</b>	
<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade 1 por cotovelo.</li> <li><input type="checkbox"/> Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares ou artrite/artrose.</li> <li><input type="checkbox"/> Não existe evidência para viscosuplementação, intra ou extra-articular.</li> </ul>
<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, a quantidade 1 por cotovelo.</li> <li><input type="checkbox"/> São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do cotovelo.</li> <li><input type="checkbox"/> Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.</li> </ul>



<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b></p> <p><b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, em quantidade máxima 3 de nervos periféricos (mediano, ulnar e radial) por cotovelo ou plexo 1x.</li> <li>☐ Quando há dor intensa, com indicação de bloqueios nervosos, o bloqueio de plexo braquial é infiltração mais eficiente – 31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor –, mediante justificativa, substituindo 31403026 e/ou 31602118.</li> </ul>
<b>E. SÍNDROMES DOLOROSAS DO PUNHO/ MÃO</b>	
<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por punho.</li> <li>☐ Podem ser indicadas para tratar lesões intra-articulares ou artrite/artrose.</li> <li>☐ Não existem estudos de relevância para viscosuplementação, intra ou extra-articular, e se pedido, o assistente deve oferecer literatura comprobatória de relevância.</li> </ul>
<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 1 por punho.</li> <li>☐ São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos e tendões. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares e tendíneas, na região do punho.</li> <li>☐ Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.</li> </ul>
<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Para fins de remuneração, a quantidade máxima 3 de nervos periféricos (mediano, ulnar e radial) por punho, conforme síndrome ou situação, ou plexo 1x.</li> <li>☐ O bloqueio de nervo periférico isolado para síndromes de dor no punho pode ser alternativa</li> </ul>



<p><b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b></p>	<p>à infiltração extra-articular na síndrome do túnel do carpo, porém em quantidade 1x (mediano).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>□ No caso de traumas graves e fraturas, com necessidade de bloqueio da dor, o bloqueio do plexo braquial (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical), mediante justificativa, substitui 31403026 e/ou 31602118.</li></ul>
<p><b>F. SÍNDROMES DOLOROSAS NO QUADRIL E REGIÃO GLÚTEA</b></p>	
<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por quadril.</li><li>□ Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como a osteoartrite da articulação do quadril ou lesões intra-articulares (labrum e cartilagem), ou impacto fêmoro-acetabular. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.</li><li>□ Não existe evidência para viscosuplementação.</li></ul>
<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por quadril.</li><li>□ São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do quadril e/ou glútea. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.</li><li>□ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por procedimento.</li></ul>



**31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos**

**31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares**

**20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)**

- Para fins de remuneração, a quantidade varia de 1 a 3 nervos por quadril, conforme síndrome.
- Ex. PENG (NN. obturador, obturador acessório e femoral), N. femoral, N. obturatório, N. ciático. N. cutâneo lateral.
- São infiltrações para dor causada por compressão ou irritação de nervos periféricos na região glútea, quadril e pelve, e citamos como exemplo a síndrome do piriforme comprimindo o ciático, e a meralgia parestésica.
- Os medicamentos utilizados incluem anestésicos e corticoides.
- O pedido de bloqueios neurolíticos devem ser alicerçados por literatura, visto que muitos nervos são mistos (motores e sensitivos), e o bloqueio causaria déficit motor. Se feitos, devem ser remunerados pelas codificações de nervo periférico ou 20103140.
- O pedido de bloqueio de plexo ou bloqueios compartimentais (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor, mediante justificativa, podem ser opção para alguns casos, substituindo 31403026 e/ou 31602118.
- A síndrome da dor glútea profunda não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático e, portanto, não se justifica usar ou agregar codificações de sistema nervoso autônomo/simpático. Dores simpáticas, como SDRC tipo I, podem cursar com dor glútea, mas são outra etiopatogenia, distinta da síndrome da dor glútea profunda.

## **G. SÍNDROMES DOLOROSAS DO JOELHO**

**30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem**

- Para fins de remuneração, a quantidade 1 por joelho.
- Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. Não existe evidência para viscosuplementação, intra-articular.



<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b></p> <p><b>20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Para fins de remuneração, a quantidade 1 por joelho.</li><li>□ No joelho, para quadro de lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose, não há justificativa para punção extra-articular ou pontos gatilhos e infiltrações musculares.</li><li>□ Exceções seriam a síndrome patelo-femoral, tendinites patelares e anserina, e síndrome da banda iliotibial, em que a patologia tem foco extra-articular.</li><li>□ Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, o que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 – Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por joelho.</li></ul>
<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b></p> <p><b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b></p> <p><b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b></p> <p><b>20103140 – Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS nº 8)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Para fins de remuneração, quantidade máxima 3 de nervos periféricos (e dos 4 geniculares) por joelho ou plexo 1x.</li><li>□ Quando relacionado à trauma agudo ou pós-operatório, existe a figura dos bloqueios anestésicos compartimentais ou de plexo, para controle agudo da dor, (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor de forte intensidade, mediante justificativa, substituindo 31403026 e/ou 31602118.</li><li>□ O bloqueio anestésico de geniculares é muito frágil como método terapêutico, pois gera efeito de horas a poucos dias, não justificando a sua complexidade. Então, deve ser diferenciado do ato de bloquear para outras punções. Os bloqueios anestésicos dos geniculares têm sustentação no contexto de bloqueio teste para a indicação de bloqueios neurolíticos subsequentes, para paciente com artrose avançada e que têm contra-indicação para uma artroplastia, e somente nesta situação deve ser remunerado.</li></ul>



	<p>☐ Não há cobertura para bloqueio neurolítico/denervação por radiofrequência, pois não preenche DUT 62. O bloqueio neurolítico químico, com substâncias neurolíticas, é remunerado pelas codificações de bloqueio de nervo periférico, inclui a anestesia prévia, ou pode ser remunerado por 20103140.</p>
<p><b>H. SÍNDROMES DOLOROSAS DO TORNOZELO</b></p>	
<p><b>30713137 – Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</b></p>	<p>☐ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo.</p> <p>☐ Podem ser indicadas para tratar a dor por causas intra-articulares. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides. Não existe evidência para sustentar a viscosuplementação intra-articular, a despeito de infiltração de corticoides e outras terapias não invasivas.</p>
<p><b>30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</b> <b>20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo</b></p>	<p>☐ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo.</p> <p>☐ No tornozelo, a infiltração extra-articular pode ser indicada para a síndrome de Haglund, síndrome do tendão tibial posterior, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, porém, nestas duas últimas síndromes, como o alvo são nervos, pode ser usada a codificação de infiltração extra-articular ou de bloqueio de nervo periférico.</p> <p>☐ Não há sustentação, nessas síndromes, para infiltrações musculares (20103301) no tornozelo.</p>
<p><b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b> <b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b> <b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b></p>	<p>☐ Para fins de remuneração, em quantidade 1 por tornozelo.</p> <p>☐ Como expresso acima, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, pode ser usada a codificação de infiltração extra-articular ou de bloqueio de nervo periférico.</p> <p>☐ Quando se trata de necessidade de bloqueio terapêutico por trauma ou pós-operatório, não existe contraindicação de comprometimento motor temporário, porque coibir a dor é mais importante que a motricidade, existe a figura do penta bloqueio de tornozelo. Muito comum durante os procedimentos cirúrgicos do tornozelo, podem ser usados também em</p>



	condições de exceção, e contempla o bloqueio de até 5 nervos (fibular profundo, fibular superficial, tibial posterior, safeno e ramo cutâneo do nervo sural). Nesta situação específica, remunera-se até 5 nervos periféricos, respeitadas as regras das ATAs 96 e 97.
<b>I. SÍNDROMES MIOFASCIAIS</b>	
<b>20103301 – Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco – por músculo</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima 2 por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento. Se é a única codificação para o procedimento, pode-se remunerar até 6 pontos, mediante justificativa.
<b>J. BLOQUEIOS DE PLEXOS</b>	
<b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima 1 por plexo. 1) Bloqueio do plexo lombar via inguinal ou 3 em 1 2) Bloqueio do plexo cervical 3) Bloqueio do plexo braquial 4) Bloqueio do plexo sacrococcígeo
<b>K. BLOQUEIOS COMPARTIMENTAIS</b>	
<b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima 1 por compartimento (1 por lado). 1) Bloqueio paravertebral torácico 2) Bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) 3) Bloqueios compartimentais lombares (do Psoas e Quadrado Lombar)
<b>L. OUTROS BLOQUEIOS</b>	
<b>Bloqueio de intercostais</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, em quantidade 1 por espaço intercostal ou algum bloqueio de plexo/compartimental (1 por lado)
<b>31403026 – Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos</b>	
<b>31602118 – Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares)</b>	
<b>31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor</b>	
<b>M. BLOQUEIOS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO</b>	
<b>1) Bloqueio dos gânglios cervicais superiores e médios</b>	
<b>31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, até quantidade 2 (lateralidade).
<b>2) Bloqueios do gânglio estrelado</b>	



Bloqueio anestésico	<b>31602096 – Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, quantidade máxima 1. Para ser bilateral, necessário relatório médico detalhado.
Bloqueio neurolítico	<b>31602100 – Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico</b>	
<b>3) Bloqueio dos gânglios torácicos</b>		
Bloqueio anestésico	<b>31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo</b> <b>31602070 – Bloqueio anestésico simpático</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo (anestésico ou neurolítico), quantidade máxima 2 (pela lateralidade).
Bloqueio neurolítico	<b>31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</b>	
<b>4) Bloqueios viscerais</b>		
Bloqueio anestésico	<b>31405010 – Bloqueio do sistema nervoso autônomo</b> <b>31602070 – Bloqueio anestésico simpático</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração de bloqueios anestésicos ou neurolíticos, quantidade máxima 1 por procedimento. <input type="checkbox"/> Para bloqueios neurolíticos de plexo celíaco ou hipogástrico superior para dores de natureza oncológica, sem outros procedimentos, remunera com 100% de adicional, somente neste caso.
Bloqueio neurolítico	<b>31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</b>	
<b>5) Bloqueio simpático lombar</b>		
Bloqueio anestésico	<b>31602061 – Bloqueio anestésico de simpático lombar</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo (anestésico ou neurolítico), quantidade máxima 2 (pela lateralidade).
Bloqueio neurolítico	<b>31602142 – Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</b>	
<b>6) Bloqueio simpático por via endovenosa</b>		
	<b>31602177 – Bloqueio simpático por via venosa</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, pago apenas quando realizado isoladamente, como sessão terapêutica.
<b>N. IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO</b>		
	<b>31401090 – Implante de eletrodo cerebral profundo (com diretriz definida pela ANS nº 38)</b>	<input type="checkbox"/> Não contemplado pela DUT 38. Pode ser uma opção extra-Rol para dores centrais.
<b>O. IMPLANTE DE ELETRODO MEDULAR</b>		
	<b>31401104 – Implante de eletrodos cerebral ou medular (com diretriz definida pela ANS nº 37)</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 1x por procedimento (1x cada fase – teste e final), seja cirúrgico ou percutâneo.



	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se cirúrgico, inclui laminectomia.</li> <li><input type="checkbox"/> Para ambas as fases, há regramentos vigentes para remuneração de radioscopia e honorários de monitorização intraoperatória, inclusive 40103439, para equipe cirúrgica. Não se remunera de forma associada bloqueios de nervos periféricos, de sistema nervoso autônomo, de plexo e epidurais (inclusive 31602223).</li> </ul>
<p><b>Variante – Implante em gânglios da raiz dorsal</b> <b>Fase teste</b> <b>31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39)</b></p> <p><b>Fase final</b> <b>31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Variante tecnicamente muito recente de estimulação, mas que por ser raiz posterior, remunera-se como nervo periférico.</li> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 2xx por procedimento (2xx por fase – teste e final), seja cirúrgico ou percutâneo.</li> <li><input type="checkbox"/> Para ambas as fases, há regramentos vigentes para remuneração de radioscopia e honorários de monitorização intraoperatória, inclusive 40103439, para equipe cirúrgica. Não se remunera de forma associada bloqueios de nervos periféricos, de sistema nervoso autônomo, de plexo e epidurais (inclusive 31602223).</li> </ul>
<b>P. IMPLANTE DE BOMBA INTRATECAL</b>	
<p><b>31401120 – Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos (com diretriz definida pela ANS nº 45)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, cabe 31401120 1x, sem nenhuma outra codificação associada, inclusive mielografia ou reposição de droga na bomba.</li> <li><input type="checkbox"/> A bomba originalmente vem vazia, então sempre será cobrado um refil também na primeira colocação, mas não o honorário.</li> <li><input type="checkbox"/> No caso de defeitos que exijam cirurgia para manutenção, retirada ou troca de algum componente do sistema, a única codificação cabível é 31403328. Revisão de sistema implantado para infusão de fármacos, para fins de remuneração, é contabilizada na quantidade 1x. Não se aplica agregar honorário da recarga de droga associado.</li> <li><input type="checkbox"/> 31403301 – Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas é o procedimento de</li> </ul>



	reposição de drogas, que pode ser feito ambulatorialmente ou até em consultório.
<b>Q. IMPLANTE DE ELETRODOS EM PLEXOS OU NERVOS PERIFÉRICOS</b>	
<b>31403140 – Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS nº 39)</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, cabe 31403140 1x por segmento corporal, independentemente do número de nervos modulados, sem nenhuma outra codificação associada. <input type="checkbox"/> A estimulação elétrica percutânea prévia de teste é feita ambulatorialmente, na forma de um exame eletrofisiológico.
<b>R. CORDOTOMIA E MIELOTOMIA</b>	
<b>30715067 – Cordotomia – mielotomia</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, contempla-se as codificações 30715067 ou 31402011 1x por procedimento. <input type="checkbox"/> Não se remunera outras codificações associadas, e não há lateralidade.
<b>31402011 – Cordotomia – mielotomia por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS nº 17)</b>	
<b>S. DREZOTOMIA</b>	
<b>31402020 – Lesão de substância gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS nº 55)</b>	<input type="checkbox"/> Para fins de remuneração, contempla-se a quantidade máxima de dois segmentos vertebrais por cirurgia, sem lateralidade. <input type="checkbox"/> Não se remunera outras codificações associadas. <input type="checkbox"/> Não há evidências científicas e não é coberta pela DUT 55 quando para dor mielopática associada à lesão medular.

## 22.0 RADIOLOGIA

**22.1** Desdobramento de exames: Os exames de imagem que foram desdobrados ou sofreram sobreposição tiveram seus valores adequados no ROL de Procedimentos Médicos Unimed, mantendo-se o preço praticado. (p.ex: Ultra-sonografia vascular com doppler colorido, deixa de ser remunerado em dois códigos, porem mantém o preço praticado).

**22.2** Quando solicitado ultrassonografia de estrutura superficial, o doppler é excludente quando for na mesma estrutura.Exemplos:

40901203 US-Órgãos superficiais (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)

40901386 Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada

40901220 US - Articular (por articulação)

40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axila ou músculo ou tendão)

**22.3** Métodos intervencionistas por imagem



- a) Quando houver procedimento intervencionista o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), devera ser pago. Exceto quando houver código específico para este procedimento ou código já valorado conforme as regras vigentes.
- b) Referente aos códigos 31201032 e 31201040: Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).
- c) Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.
- d) Angiografias por cateter (40812030, 40812049, 40812057 e 40812065) incluem-se no máximo 3 vasos.
- e) Quando realizado angiografia diagnóstica e / ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 14 destas Instruções Gerais.
- f) Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.
- g) Angiomedular - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.
- h) Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.
- i) Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.
- j) Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

#### **22.4. Tomografia computadorizada**

- a) Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do procedimento correspondente.
- b) Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 31602274.
- c) O código 3102274 Anestesia para exames de tomografia computadorizada Porte Anestésico 2, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de tomografia computadorizada realizados, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.
- d) Artro-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste.
- e) Quando solicitado exame de 02 áreas, na segunda área será cobrado 70% do valor total do procedimento.



f) Quando solicitado exame de 03 áreas, na segunda área será cobrado 70% e na terceira 50% do valor total do procedimento.

g) Somam-se os valores dos filmes de cada área.

#### **22.5 Ressonância magnética**

a) Quando solicitado exame de dois (2) segmentos a serem realizados no mesmo período, o segundo será cobrado com 80% do valor total do procedimento.

b) Estudo dinâmico de RM: acrescentar 50% ao valor do total do procedimento.

c) Quando solicitada conjuntamente com outro exame segue a regra de 02 segmentos.

d) O código 31602282 Anestesia para exames de ressonância magnética Porte Anestésico 3, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de ressonância magnética realizados, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.

#### **22.6. Ultra-sonografias**

a) A cada ultra-sonografia realizada, será pago o valor de 100% no Intercâmbio Nacional.

b) Os procedimentos 40901335 Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino) e 40901173 Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remunerados concomitantemente; entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Este critério se aplica também aos procedimentos 40901300 Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e 40901181 Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo).

c) Referente aos códigos 40902030 e 40902048: Já incluem o código 40901335.

d) Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do item IV destas Instruções Gerais.

#### **22.7. Angiorradiologia 40812995**

Os atos médicos praticados pelo anesthesiologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 31602258, sendo valorado em 100% do porte anestésico para primeiro vaso e 50% do porte anestésico para cada um dos demais vasos estudados, em conformidade com os códigos aplicados para ANGIORRADIOLOGIA 40812006.

**22.8 Definição de estrutura superficiais e profundas para fins de cobrança para punção/biopsia aspirativa.**

Tórax e abdome:

Superficial: restringe-se à parede torácica e abdominal, incluindo pele, tecido celular subcutâneo e musculatura, exceto músculos que se situam dentro do arcabouço ósseo em tórax e abdome (p. ex. diafragma, obturador interno, piriforme, iliopsoas etc).

Profundo: órgãos intratorácicos e intra-abdominais, linfonodos intratorácicos e intra-abdominais e costela.

Cabeça e Pescoço:



Superficial – linfonodos, glândulas submandibulares, parótida, cisto tireoglossos, tireoide, couro cabeludo.

Profundo – osso, estruturas dentro do plano ósseo.

Membros:

Superficial – pele, tecido celular subcutâneo, músculos e tendões.

Profundo – ossos.

### **23.0 MEDICINA NUCLEAR**

**23.1** O procedimento 40701140 (Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico) inclui teste ergométrico convencional (40101045) e o Teste Ergométrico Computadorizado (40101037).

**23.2** Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído o indicador anestésico G, código 31602320.

**23.3** Os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor.

### **24.0 MEDICINA TRANSFUSIONAL – INSTRUÇÕES TÉCNICAS**

**24.1** O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.

**24.2** Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e / ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.

**24.3** Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.

**24.4** As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.

**24.5** Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta



de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco-periférica, acompanhamento hospitalar / dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 15 destas Instruções Gerais.

**24.6** O honorário atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e / ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um honorário para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 40401022.

**24.7** Pagamento para banco de sangue quando cobrado na forma de pacote, no Intercâmbio Nacional informar o código principal, composição e respectivo valor no campo de observações.

## **25.0 ELETROFISIOLOGIA**

**25.1** A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

**25.2** Referente ao código 30918081: - procedimento terapêutico; - permanência hospitalar máxima de dois dias; - de duas a quatro vias de acessos vasculares distintas; - vias de acessos especiais, como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade; - estudo eletro fisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos e mapeamento eletroanatômico 3D encerram objetivos diversos não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação e/ou que envolvem alto grau de complexidade, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou quando realizados por decisão transoperatória.

Procedimentos excludentes: - acessos vasculares periféricos; - acessos vasculares centrais; - cateterismo de câmaras cardíacas; - provas farmacológicas ou elétricas.

**25.3** Referente ao código 30918030: - procedimento de identificação da região responsável pela arritmia por meio de técnica de mapeamento em imagem 3D; - não dispensa o mapeamento convencional por técnica eletro fisiológica; - habitualmente empregada nos procedimentos de ablação percutânea.

## **26.0 TERAPIAS POR OUTROS PROFISSIONAIS**

**26.1** Consulta hospitalar fisioterapia



A consulta hospitalar em fisioterapia será remunerado uma por internação quando solicitado pelo médico assistente e registrada em prontuário. Não será remunerada concomitante a sessão. Na necessidade de outra consulta deverá haver justificativa/solicitação do médico assistente.

## 26.2 Consulta de enfermagem

O código da consulta de enfermagem não esta alocado no Rol Unimed, em atenção à Padronização Nacional de Diárias e Taxas, na qual os cuidados de enfermagem estão incluídos na diária hospitalar. “Cuidados de enfermagem/serviço de enfermagem compreende a realização de procedimentos e assistência de enfermagem ao paciente pela equipe de enfermagem. Não estão contemplados os insumos referentes aos cuidados, exceto os insumos que já estão inclusos na descrição dos itens.”

### RN 395 da ANS - Prazos para encaminhamento das solicitações

A vigência definida pela RN 395 refere-se a transações realizadas a partir de 15/05/2016.

Para atender a RN 395 da ANS e em atenção à solicitação do Comitê Nacional de Intercâmbio, foram incluídas colunas com os prazos máximos para encaminhamento das solicitações pela Unimed Executora e Resposta pela Unimed Origem.

Quando solicitado na transação diária concomitantes com procedimento, prevalecerá o maior prazo de solicitação/resposta.

Os prazos novos estão resumidos no quadro abaixo:

Descrição	Prazo ANS para realização / RN 259	Prazo ANS para resposta à solicitação / RN 395	Prazo do MIN para atender a Resolução		Total do Prazo	Junta Médica
			Unimed Executora	Unimed Origem		
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	Até 3 dias úteis	Até 3 dias úteis	Baixo Risco ou 1 dia útil	Baixo Risco ou 02 dias úteis	Imediato ou 03 dias úteis	Seguir o prazo previsto no item 6.4.36 do MIN.
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Até 10 dias úteis	Até 5 dias úteis	Baixo risco ou 02 dias úteis	Baixo risco ou 03 dias úteis	Imediato ou 05 dias úteis	



Atendimento em regime de hospital-dia	Até 10 dias úteis	Até 5 dias úteis	02 dias úteis	03 dias úteis	05 dias úteis	
Procedimentos de Alta Complexidade - PAC (medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização)	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	04 dias úteis	06 dias úteis	10 dias úteis	
Atendimento em regime de internação eletiva	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	04 dias úteis	06 dias úteis	10 dias úteis	
Urgência e emergência	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	

