



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

**Caderno de Instrução na Especialidade de
Neurocirurgia**

**1ª Edição
2019**

EB30-CI-20.003



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

Caderno de Instrução na Especialidade de Neurocirurgia

**1ª Edição
2019**



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY**

PORTARIA Nº 168-DGP, DE 24 DE JULHO DE 2019

EB:64485.020979/2019-38

Aprova o Caderno de Instrução de Neurocirurgia (EB 30-CI-20.003), 1ª Edição, 2019 e dá providência.

O **CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL**, no uso da delegação de competência conferida pelo art. 44 das Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB10-IG-01.002), aprovadas pela Portaria do Comandante do Exército nº 770, de 7 de dezembro de 2011, ouvida a Diretoria de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar o Caderno de Instrução na Especialidade de Neurocirurgia (EB30-CI-20. 003), 1ª Edição, 2019.

Art. 2º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Gen Ex ARTUR COSTA MOURA
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

FOLHA REGISTRO DE MODIFICAÇÕES (FRM)

NÚMERO DE ORDEM	ATO DE APROVAÇÃO	PÁGINAS AFETADAS	DATA

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Item	Título	Pag.
CAPÍTULO I - GENERALIDADES		
1.1	Das considerações iniciais	9
1.2	Do objetivo do Caderno de Instrução	9
1.3	Da Revisão	10
1.4	Da Composição da Câmara Técnica	10
CAPÍTULO II - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO DE CRÂNIO		
2.1	Da Autorização para Craniotomia Descompressiva	10
2.2	Da Autorização para Derivação Ventricular Externa	12
2.3	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico da Fístula Liquórica	13
2.4	Da Autorização para Terceiro Ventriculostomia	15
2.5	Da Autorização para Craniotomia para Tumores Ósseos	16
2.6	Da Autorização para Microcirurgia para Tumores Intracranianos	18
2.7	Da Autorização para Biópsia Estereotáxica de Encéfalo	19
2.8	Da Autorização para Cirurgia Intracraniana por Via Endoscópica	21
2.9	Da Autorização para Sistema de Derivação com Válvula	23
2.10	Da Autorização para Tratamento cirúrgico de Tumores Cerebrais sem Microscopia	24
2.11	Da Autorização para Reconstrução Craniana ou Craniofacial	26
2.12	Da Autorização para Microcirurgia para Tumores Orbitários	28
2.13	Da Autorização para Implante de Cateter Intracraniano e Reservatório	29
2.14	Da autorização para implante de monitorização da Pressão Intracraniana	30
2.15	Da Autorização para Localização Estereotáxica de Lesões Intracranianas com Remoção.	31
2.16	Da Autorização para Hipofisectomia por Qualquer Método	32
2.17	Da Autorização para Tumor do Nervo Acústico – Ressecção por Via Translabiríntica ou Fossa média.	33
2.18	Da Autorização para Fístula Liquórica – Tratamento Cirúrgico Endoscópico Intranasal.	35
2.19	Da Autorização para Acesso Endoscópico ao Tratamento Cirúrgico dos Tumores da Região Selar.	36
2.20	Da Autorização para Biópsia Esteriotáxica de Encéfalo	37
2.21	Da Autorização para Drenagem Estereotáxica de Cistos, Hematomas ou Abscessos	38

2.22	Da Autorização para Implantação de Halo para Radiocirurgia	39
2.23	Da Autorização para Microcirurgia por Via Transesfenoidal	39
2.24	Da Autorização para Neurotomia do Trigêmio	40
2.25	Da Autorização para Sistema de Derivação com Válvula	41
2.26	Da Autorização para Cranioplastia	43
2.27	Da Autorização para Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda	44
2.28	Da Autorização para Implante de Eletrodos Medular ou Cerebral	46

Capítulo III – DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO DA COLUNA VERTEBRAL

3.1	Das Conceituações	47
3.2	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Hérnia Discal Lombar e/ou Estenose do Canal Lombar – sem Instabilidade Associada	51
3.3	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Instabilidade Segmentar Lombar	52
3.4	Da Autorização para tratamento de Espondilolistese Lombar ou Lombossacra	54
3.5	Da Autorização para Tratamento das Patologias Degenerativas da Coluna Cervical por Via Anterior	55
3.5.1	Da Autorização para Artrodese Cervical Via Anterior por Segmento	55
3.5.2	Da Autorização para Artroplastia Cervical por Segmento	56
3.6	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico das Patologias Degenerativas da Coluna Cervical por Via Posterior	58
3.7	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Fratura e/ou Luxação Vertebral (dorsal/lombar/sacral) por Via Posterior	60
3.8	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Fratura e/ou Luxação Vertebral (dorsal/lombar/sacral) por Via Anterior	61
3.9	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Fratura e/ou Luxação Vertebral Cervical Corpectomia Via Anterior	62
3.10	Da Autorização para Fratura e/ou Luxação Vertebral (Cervical ou Craniovertebral) por Via Posterior	63
3.11	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Tumor Vertebral com ou sem Compressão Medular por Via Anterior	65
3.12	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Tumor Vertebral sem Compressão Medular	66
3.13	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Tumor Vertebral com Compressão Medular por Via Posterior com Laminectomia	67
3.14	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Tumor Intradural (intra ou extramedular)	68
3.15	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de escoliose e outras Deformidades e Malformações da Coluna Vertebral	69
3.16	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Malformação Craniovertebral Cirurgia Descompressiva	71

3.17	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Malformação Craniovertebral-descompressão + artrodese craniocervical	72
3.18	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Disrafismo Espinhal	73
3.19	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Osteomielite/Discite/Abscesso Epidural com ou sem Compressão Medular	75
3.20	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Osteomielite/Discite/Abscesso Epidural com ou sem Compressão Medular por Via Posterior com Laminectomia	76
3.21	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Osteomielite/Discite/Abscesso Epidural com ou sem Compressão Medular por Via Posterior Com Artrodese	77
3.22	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Fraturas Vertebrais Osteoporóticas ou Patológicas. Percutâneo por “Cimentação” ou “Stent” Vertebral	78
3.23	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Retirada De Corpo Estranho em Coluna Vertebral	79
3.24	Da Autorização para Tratamento Cirúrgico de Retirada de Implantes/Pseudoartrose de Coluna	80
3.25	Da Autorização para Rizotomia Facetaria Percutânea com ou sem Radiofrequência	81
3.26	Da Autorização para Implante de Gerador para Neuroestimulação	82
3.27	Da Autorização para Monitorização Neurofisiológica Intra-Operatória	84
CAPÍTULO IV - CÓDIGOS COMPLEMENTARES EM CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL		
4.1	Códigos Suplementares	85
CAPITULO V - NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR		
5.1	Da autorização para tratamento de aneurisma cerebral	86
5.2	Da autorização para tratamento de Aneurisma Cerebral ou Mav Rotos	88
5.3	Da autorização para tratamento de endarterectomia de carótida	91
5.4	Da autorização para tratamento de <i>bypass</i> indireto	92
5.5	Da autorização para tratamento de <i>bypass</i> direto (ATS – ACM) - baixo fluxo	94
5.6	Da autorização para tratamento de <i>bypass</i> direto (ACE – ACI) - alto fluxo	97
5.7	Da autorização para tratamento de <i>bypass</i> direto (sistema vértebro basilar)	99
5.8	Da autorização para tratamento de angiografia cerebral de 4 vasos	101
5.9	Da autorização para tratamento de angiografia cerebral de 6 vasos	102
5.10	Da autorização para tratamento de epistaxe - tratamento endovascular	104
5.11	Da autorização para tratamento endovascular de aneurisma cerebral não roto	105
5.12	Da autorização para tratamento endovascular de aneurisma cerebral roto	108
5.13	Da autorização para tratamento endovascular de malformação arteriovenosa (MAV)	110
5.14	Da autorização para tratamento endovascular de fístula arteriovenosa (FAV)	113
5.15	Da autorização para tratamento de estenose vascular intracraniana	115
5.16	Da autorização para tratamento de angioplastia do vaso espasmo intracraniano	117

5.17	Da autorização para tratamento embolização de tumor de cabeça e pescoço	119
5.18	Da autorização para tratamento endovascular angioma de face	121
5.19	Da autorização para tratamento de embolização de cisto ósseo aneurismático	123
5.20	Da autorização para tratamento de estenose de carótida cervical	124
5.21	Da autorização para tratamento trombectomia mecânica	126

CAPÍTULO I

DAS GENERALIDADES

1.1 DAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS

a) A Diretoria de Saúde instituiu o Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração do Caderno de Instrução que servirá de base para as autorizações de procedimentos a serem executados em beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, além de contribuir para o processo de racionalização e economicidade na aquisição das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

b) A partir de um texto básico referencial, os participantes, agregados em grupo de trabalho, somaram contribuições, correções e recomendações aprovadas em consenso, que permitiram a edição deste texto editorial. Em diferentes momentos, foram realizadas buscas a referências cruzadas e a artigos relacionados mais relevantes, como metanálises, revisões sistemáticas e estudos multicêntricos clássicos.

c) Procurou-se estudar trabalhos relevantes de autores brasileiros, particularmente os publicados pelas revistas indexadas brasileiras e de autores multicêntricos através de revistas, periódicos de notoriedade internacional e o Manual de Codificação de Procedimentos em Cirurgia da Coluna Vertebral (2015). Este caderno é a primeira versão original do referido consenso, revisada e adaptada para formatação recomendada pela Comissão Técnica do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.

1.2 DOS OBJETIVOS DO CADERNO DE INSTRUÇÃO

O presente Caderno de Instrução tem por objetivo apresentar os critérios de indicação dos procedimentos, a especificidade e quantidade das OPME e os honorários médicos admissíveis para subsidiar o médico assistente e os membros da auditoria interna e externa nas autorizações dos procedimentos, contribuindo para a padronização dos procedimentos cirúrgicos nas Organizações Militares de Saúde.

1.3 DA REVISÃO

A D Sau revisará a cada 02 (dois) anos, ouvindo a Câmara Técnica, as orientações descritas neste Caderno de Instrução.

1.4 DA COMPOSIÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE NEUROCIRURGIA (CTN)

- Maj Med **RÓDIO LUÍS BRANDÃO CÂMARA**;
- Maj Med **JAIR PIMENTEL ALVIM**;
- Cap Med **PAULO MACIO PORTO DE MELO**;
- Cap Med **CLAUDIO OLIVEIRA RUSSIO**;
- 1º Tem Med **GUSTAVO NUNES TELES**;
- 1º Ten Med **RAFAEL DUARTE DE SOUZA LODUCA**; e
- 1º Ten Med **FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO**.

CAPÍTULO II

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO DE CRÂNIO

2.1 DA AUTORIZAÇÃO PARA CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

2.1.1 INDICAÇÃO

Traumatismo craniano grave, hematomas ou hemorragia cerebral, acidente vascular encefálico isquêmico com efeito de massa, alguns tumores cerebrais, pós-operatório de cirurgias do crânio com edema cerebral e desvio de linha média.

2.1.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;

- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos titânio para fechamento crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 04 (quatro) alternativas para Mini placas e parafusos - botões de osteossíntese;
- 01 (um) Sistema para monitorização da PIC (intraparenquimatoso, ou subdural, ou extradural) com ou sem medição da temperatura integrada;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

2.1.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de Emergência.

2.1.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia de crânio com laudo.

2.1.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

- 3.02.15.02-1 - Craniotomia Descompressiva;
- 3.14.01.30-9 - Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.10.09.17-4 - Laparotomia exploradora.

2.2 DA AUTORIZAÇÃO PARA DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA (DVP)

2.2.1 INDICAÇÃO

- Hidrocefalia, AVE hemorrágico, obstrução de cateter de DVP ou infecção de DVP.

2.1.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm;
- 01 (um) Hemostático polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Sistema de derivação ventricular externa – cateter ventricular acoplado ao monitor de PIC (intraventricular) com ou sem medição da temperatura integrada; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

2.2.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de emergência.

2.2.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ultrassom do crânio em crianças, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância

Magnética do crânio.

2.2.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA

- 3.14.01.05-8 - Derivação Ventricular Externa;
- 3.14.01.08-2 - Implante de cateter intracraniano;
- 3.14.01.10-4 - Implante de eletrodos medular ou cerebral; e
- 2.02.02.06-7 - Monitorização da pressão intracraniana.

2.3 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA

2.3.1 INDICAÇÃO

Pós-operatório de neurocirurgia no crânio ou na coluna, traumas de crânio e lesões espontâneas, pós-infecciosas ou congênitas.

2.3.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;

- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos em titânio para fechamento crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 04 (quatro) alternativas para Mini placas e parafusos- botões de osteossíntese; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

2.3.2.1 Em caso de fístula liquórica nasal:

- 01(um) selante dural;
- 01(um) substituto de dura-máter; e
- 01(um) kit para endoscopia endonasal.

2.3.2.2 Em caso de fístula liquórica na coluna:

- 01 (um) selante de dura-máter; e
- 01 (um) substituto de dura-máter.

2.3.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

- Procedimento de urgência.

2.3.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio, Cintilografia cerebral com radioisótopos.

2.3.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA LIQUÓRICA

- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica.

2.4 DA AUTORIZAÇÃO PARA TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA

2.4.1 INDICAÇÃO

Hidrocefalia, estenose de aqueduto e tumor intraventricular.

2.4.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (um) Kit de neuroendoscopia ventricular (neonatal, infantil, adulto);
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande),

- 01 (um) Cateter balão para embolectomia arterial/venosa;
- 01 (uma) Cola biológica; e
- 01 (um) Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g).

2.4.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (náuseas, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de emergência.

2.4.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia de crânio com laudo ou Ressonância Magnética (RNM) de crânio.

2.4.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA

- 3.14.01.03-1 - Cirurgia Intracraniana por via endoscópica;
- 3.14.01.24-4 - Terceiro Ventriculostomia;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.14.01.30-9 - Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano.

2.5 DA AUTORIZAÇÃO PARA CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS

2.5.1 INDICAÇÃO

Tumor na calota do crânio.

2.5.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;

- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível
- 01 (um) Kit de 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio
- 16 (dezesesseis) Parafusos em titânio para fechamento crânio
- 04 (quatro) alternativas para mini placas e parafusos botões de osteossíntese;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Escolher uma das opções para Cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea:

- Opção 1: 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g); ou
- Opção 2: 01 (uma) Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm; ou
- Opção 3: 01 (uma) Prótese prototipada customizada.

2.5.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.5.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Raios-X de crânio, Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angiotomografia, Angioressonância, anátomo patológico intra-operatório.

2.5.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS

- 3.02.15.03-0 - Craniotomia para tumores ósseos;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial; e
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica.

2.6 DA AUTORIZAÇÃO PARA CRANIOTOMIA PARA MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS

2.6.1 INDICAÇÃO

Tumores intracranianos, processos expansivos e neoplasias.

2.6.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) broca iniciadora de crânio;
- 01 (uma) fresa;
- Até 02 (duas) unidades de broca para drill;
- 01 (um) substituto de dura-máter;
- 01 (um) selante de dura- máter;
- 01 (um) cateter para monitorização da pressão intracraniana (intraventricular, subdural ou intraparenquimatoso) e/ou kit de derivação ventricular externa;
- 04 (quatro) Mini placas;
- 16 (dezesesseis) mini parafusos ou 03 (três) botões de fechamento;
- 01 (um) kit para neuronavegação;
- 01 (uma) pinça bipolar não aderente;

- 01 (um) aspirador ultrassônico;
- Até 02 (duas) unidades de hemostático;
- 01 (um) aparelho de Monitorização eletrofisiológica intra-operatório; e
- 01 (uma) capa de microscópio.

Observação 1: Serão autorizadas mini placas, mini parafusos e telas de fechamento absorvíveis apenas para os casos pediátricos.

Observação 2: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.6.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de urgência.

2.6.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.6.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA MICROCIURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS

- 3.14.01.15-5 - Microcirurgia para tumores intracranianos;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal; e
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal.

2.7 DA AUTORIZAÇÃO PARA BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO

2.7.1 – INDICAÇÃO

Processo expansivo intracraniano, procedimento para retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica. Nos procedimentos são utilizados a técnica de Estereotaxia.

2.7.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca de crânio iniciadora;
- 01 (um) kit de Neuronavegação ou Halo de Estereotaxia; (Software Estereotáxico);
- 01(um) kit com agulha para biópsia de tumor intracraniana guiada por neuronavegação ou Estereotaxia;
- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Observação: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.7.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de urgência.

2.7.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.7.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO

- 3.14.01.35-0-Implante de halo para Radiocirurgia;
- 3.14.01.14-7- Localização Estereotáxica de lesões intracranianas com remoção;
- 3.14.01.01-5- Biópsias Estereotáxica de encéfalo e
- 1.01.05.07-7- Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar.

2.8 DA AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA

2.8.1 INDICAÇÃO

Neoplasias do crânio selar e supra- selar e neoplasias intraventriculares.

2.8.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio ou endonasal;

- 01 (um) kit de derivação ventricular externa;

- 01 (uma) broca iniciadora;

- Até 02 (duas) brocas cortantes/ diamantada;

- 01 (uma) fresa;

- 01 (um) kit para neuronavegação;

- Até 03 (três) unidades de hemostático; e

- 01 (um) selante de dura-máter.

2.8.2.1 – Para cirurgias endonasais:

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;

- 01 (uma) Capa de microscópio estéril;

- 01(um) Instrumento de corte esférico para drilagem;

- 01 (uma) Cera hemostática para osso;

- 03 (três) Hemostáticos absorvíveis com aplicador/ prolongador com memória;

- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);

- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;

- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável; e

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio para hipófise.

Equipamentos e instrumentais necessários: aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico e instrumental de microcirurgia especial para Hipofisectomia por essa via.

Observação 1: Para a utilização do Sistema de neuronavegação e do Aspirador ultrassônico deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

Observação 2: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.8.3 - CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.8.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, anátomo patológico intra-operatório e Campimetria visual

2.8.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCÓPICA

- 3.14.01.15-5- Microcirurgia para tumores intracranianos;
- 3.14.01.16-3- Microcirurgia por via Transesfenoidal;
- 3.14.01.03-1- Cirurgia Intracraniana por via endoscópica;
- 3.05.01.53-9- Septoplastia por videoendoscopia;
- 3.05.01.45-8- Turbinectomia ou turbinoplastia – unilateral;
- 3.05.02.34-9- Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia;
- 3.05.02.32-2- Sinusectomia maxilar - via endonasal por videoendoscopia;
- 3.05.02.31-4- Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia;
- 3.03.02.09-9- Microcirurgia para tumores orbitários;
- 3.03.02.02-1- Descompressão do nervo óptico;

- 3.05.01.20-2 -Fechamento de fístula liquórica transnasal; e
- 4.08.11.02-6- Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora).

2.9 DA AUTORIZAÇÃO PARA SISTEMA DE DERIVAÇÃO COM VÁLVULA

2.9.1 INDICAÇÃO

Hidrocefalia

2.9.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte - esférico de 5 mm;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Sistema de cateteres de derivação ventrículo-peritoneal com válvula (standard de pressão fixa ou regulável) tamanho adequado para criança ou adulto;
- 01 (um) Tunelizador subcutâneo;
- 01 (um) Dispositivo anti-sifão, se necessário; e
- 02 (dois) Curativos estéreis de filme transparente ou película protetora adesiva.

2.9.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de urgência.

2.9.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ultrassom do crânio, Tomografia computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do

Crânio.

2.9.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA SISTEMA DE DERIVAÇÃO COM VÁLVULA

- 3.14.01.23-6 - Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões;
- 3.14.01.08-2 - Implante de cateter intracraniano;
- 3.10.09.17-4 - Laparotomia exploradora; e
- 3.10.08.06-2 - Implante de cateter peritoneal.

2.10 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS SEM MICROSCOPIA

2.10.1 INDICAÇÃO

Cirurgia a céu aberto através de uma trepanação ou pequena craniotomia para retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica.

2.10.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático de polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;

- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 04 (quatro) alternativas para Mini placas e parafusos - botões de osteossíntese;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo;
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva;
- 01 (um) kit para neuronavegação;
- 01 (uma) pinça bipolar não aderente; e
- 01 (um) aparelho de monitorização eletrofisiológica intra-operatório.

Observação: As Mini placas, mini parafusos e telas de fechamento absorvíveis serão autorizadas apenas para os casos pediátricos.

2.10.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de urgência.

2.10.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio; Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Liquor, anátomo patológico intra-operatório.

2.10.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES CEREBRAIS SEM MICROSCOPIA

- 3.14.01.28-7 - Tratamento cirúrgico de tumores cerebrais sem microscopia;
- 3.14.01.26 -0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal.

2.11 DA AUTORIZAÇÃO PARA RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL

2.11.1 INDICAÇÃO

Má-formação craniofacial congênita ou sequelas de trauma de crânio.

2.11.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 12 (doze) Clips hemostáticos tipo Raney;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;

- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 04 (quatro) Alternativas para Mini placas e parafusos - botões de osteossíntese;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Observação: As mini placas, mini parafusos e telas de fechamento absorvíveis serão autorizadas apenas para os casos pediátricos.

2.11.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.11.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ultrassom craniano, Raios-X do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio

2.11.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL

- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.02.15.07-2 - Tratamento cirúrgico da craniossinostose;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal;
- 3.03.02.02-1- Descompressão de órbita ou nervo óptico;
- 3.03.02.10-2 - Reconstituição de paredes orbitárias; e
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica.

2.12 DA AUTORIZAÇÃO PARA MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS

2.12.1 INDICAÇÃO

Tumores da órbita.

2.12.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);

- 04 (quatro) Alternativas para Mini placas e parafusos - Botões de osteossíntese;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Equipamentos necessários: aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar e microscópio cirúrgico.

Observação 1: Para a utilização do Sistema de neuronavegação e do aspirador ultrassônico deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

Observação 2: As mini placas, mini parafusos e telas de fechamento absorvíveis serão autorizadas apenas para os casos pediátricos.

2.12.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.12.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia de crânio com laudo.

2.12.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA MICROCIURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS

- 3.03.02.09-9 - Microcirurgia para tumores orbitários
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal
- 3.03.02.02-1 - Descompressão de órbita ou nervo óptico
- 3.03.02.10-2 - Reconstituição de paredes orbitárias
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal

2.13 DA AUTORIZAÇÃO PARA IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO E RESERVATÓRIO

2.13.1 INDICAÇÃO

Meningite carcinomatosa e alguns tumores cerebrais.

2.13.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01(uma) broca iniciadora; e

- 01 (um) cateter intraventricular com reservatório.

2.13.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.13.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de crânio e análise do Liquor.

2.13.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO E RESERVATÓRIO

- 3.14.01.08-2 - Implante de cateter intracraniano e reservatório.

2.14 DA AUTORIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA

2.14.1 INDICAÇÃO

Monitorização e controle da hipertensão intracraniana de origem traumática ou não que causem edema ou inflamação cerebral, hemorragias intracranianas e hérnias cerebrais.

2.14.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;

- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson* ou instrumento de corte esférico de 5 mm;

- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;

- 01 (uma) Cera hemostática para osso;

- 01 (um) Sistema para monitorização da PIC (intraparenquimatoso, subdural, extradural) com ou sem medição da temperatura integrada; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

2.14.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência.

2.14.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Raios-x do crânio, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio.

2.14.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA

- 3.14.01.08-2 – Implante de cateter intracraniano e reservatório
- 3.14.01.10-4 - Implante de eletrodos medular ou cerebral;
- 2.02.02.06-7 - Monitorização da pressão intracraniana; e
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica.

2.15 DA AUTORIZAÇÃO PARA LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO

2.15.1 INDICAÇÃO

Tumores intracranianos e procedimento para localização anatômica e retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica. Utiliza a técnica de Estereotaxia.

2.15.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca de crânio iniciadora;
- 01 (uma) fresa;
- 01 (uma) broca para drill;
- 01(um) botão de fechamento;

- 01 (um) kit de Neuronavegação ou halo de Estereotaxia; e
- 01 (uma) agulha para biópsia guiada por Estereotaxia ou neuronavegação.

2.15.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência (tumores profundos nos quais a cirurgia aberta determine sequelas permanentes ou lesões não características nos exames de imagem que necessitem de conduta em até 30 dias).

2.15.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia e Angiografia digital.

2.15.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE LESÕES INTRACRANIANAS COM REMOÇÃO

- 3.14.01.35-0 - Implante de halo para Radiocirurgia;
- 3.14.01.13-9 - Localização Estereotáxica de lesões intracranianas com remoção;
- 3.14.01.01-5 - Biópsia Estereotáxica do encéfalo; e
- 1.01.05.07-7 - Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar.

2.16 DA AUTORIZAÇÃO PARA HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER MÉTODO

2.16.1 INDICAÇÃO

Neoplasias do crânio selar e supra- selar.

2.16.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio para hipófise;
- Até 02 (duas) unidades de hemostático com aplicador longo;
- 01 (um) selante de fibrina;
- Até 02 (duas) unidades de selante dural;

- 01 (um) substituto dural;
- 01 (um) kit para neuronavegação; e
- Até 02 (duas) unidades de broca para drill.

Observação: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.16.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.16.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.16.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER MÉTODO

- 3.14.01.07-4 - Hipofisectomia por qualquer método;
- 3.14.01.15-5 - Microcirurgia para tumores intracranianos;
- 3.14.01.16-3 - Microcirurgia por via Transesfenoidal;
- 3.03.02.02-1 - Descompressão do nervo óptico;
- 3.05.01.20-2 - Fechamento de fístula liquórica transnasal; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora).

2.17 DA AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA DE TUMOR DO NERVO ACÚSTICO – RESSECÇÃO POR VIA TRANSLABIRÍNTICA OU FOSSA MÉDIA

2.17.1 INDICAÇÃO

Tumores cerebrais superficiais.

2.17.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca iniciadora de crânio;

- 01 (uma) fresa 01 unidade;
- Até 02 (duas) unidades de broca para drill;
- 01 (um) substituto de dura- máter;
- 01 (um) selante de dura-máter;
- 01 (um) cateter para monitorização da pressão intracraniana (intraventricular, subdural ou intraparenquimatoso) e/ou kit de derivação ventricular externa;
- 03 (três) unidades de mini placas e 12 (doze) unidades de mini parafusos ou 03 (três) botões de fechamento;
- 01 (um) kit para neuronavegação;
- 01 (uma) pinça bipolar não aderente; e
- Até 02 (duas) unidades de hemostático.

Equipamentos necessários: aparelho de monitorização neurofisiológica peri operatória, aparelho de aspirador ultrassônico e angiofluoresceína.

Observação 1: As mini placas, mini parafusos e telas de fechamento absorvíveis serão autorizadas apenas para os casos pediátricos.

Observação 2: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.17.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.17.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.17.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA CIRURGIA DE TUMOR DO NERVO ACÚSTICO – RESSECÇÃO POR VIA TRANSLABIRÍNTICA OU FOSSA MÉDIA

- 3.14.04.01-4 - Descompressão vascular de nervos cranianos;

- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica.

2.18 DA AUTORIZAÇÃO PARA FÍSTULA LIQUÓRICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO INTRANASAL

2.18.1 INDICAÇÃO

Fístula liquórica nasal.

2.18.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio para hipófise;
- 01 (um) hemostático;
- Até 02 (duas) unidades de selante de dura- máter;
- 01 (um) Substituto dural; e
- Até 02 (duas) unidades de broca para drill.

Observação: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.18.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.18.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia / Cisternotomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.18.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA FÍSTULA LIQUÓRICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO INTRANASAL

- 3.05.01.21-0-Fístula liquórica - tratamento cirúrgico endoscópico intranasal.

2.19 DA AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO ENDOSCÓPICO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DA REGIÃO SELAR

2.19.1 INDICAÇÃO

Tumores selares e supra-selar. Tempo do acesso endonasal realizado pelo otorrinolaringologista (códigos do otorrino a parte), demais tempos cirúrgicos realizados pelo neurocirurgião e visualização endoscópica com ou sem microscopia.

2.19.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio para hipófise;
- Até 02 (duas) unidades de hemostático com aplicador e prolongador com memória;
- Até 02 (duas) unidades de selante de fibrina;
- 01 (um) selante de dura-máter;
- 01 (um) kit para neuronavegação; e
- 01 (uma) broca para drill.
- 01 (um) substituto de dura-máter; e
- 01(um) aspirador ultrassônico.

Observação: O sistema de neuronavegação é utilizado para a maioria dos casos de tumores intracranianos.

2.19.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.19.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, anátomo patológico intra-operatório e Campimetria visual.

2.19.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA ACESSO ENDOSCÓPICO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DA REGIÃO SELAR

- 3.14.01.15-5 - Microcirurgia para tumores intracranianos;
- 3.1.40.116-3 - Microcirurgia por via Transesfenoidal;
- 3.14.01.03-1 - Cirurgia Intracraniana por via endoscópica;
- 3.03.02.02-1 - Descompressão do nervo óptico; e
- 3.05.01.20-2 - Fechamento de fístula liquórica transnasal.

2.20 - DA AUTORIZAÇÃO PARA BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA DE ENCÉFALO

2.20.1 INDICAÇÃO

Processo expansivo intracraniano, procedimento para retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica. Utiliza a técnica de Estereotaxia.

2.20.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca de crânio iniciadora;
- 01 (um) kit de neuronavegação ou Halo de Estereotaxia (software Estereotático); e
- 01 (uma) agulha para biópsia intracraniana guiada por Estereotaxia ou neuronavegação.

2.20.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência (tumores que necessitem de diagnóstico e conduta em até 30 dias e tumores profundos nos quais a biópsia ou ressecção cirúrgica tragam mais sequelas que ganhos ao paciente).

2.20.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.20.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA BIÓPSIA ESTEROTÁXICA DE ENCÉFALO

- 3.14.01.35-0 - Implante de halo para Radiocirurgia;
- 3.14.01.14-7 - Localização Estereotática de lesões intracranianas com remoção;
- 3.14.01.01-5- Biópsia Estereotática de encéfalo; e
- 1.01.05.07-7- Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar.

2.21 DA AUTORIZAÇÃO PARA DRENAGEM ESTEROTÁXICA DE CISTOS, HEMATOMAS OU ABCESSOS

2.21.1 INDICAÇÃO

Processo expansivo intracraniano e Procedimento para drenagem intracraniana de cistos, hematomas ou abscessos. Utiliza a técnica Estereotática.

2.21.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca de crânio iniciador;
- 01 (um) kit de neuronavegação ou Halo de Estereotaxia; e
- 01 (uma) agulha para biópsia intracraniana guiada por Estereotaxia ou neuronavegação.

2.21.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência (lesões com efeito de massa).

2.21.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.21.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA DRENAGEM ESTEROTÁXICA DE CISTOS, HEMATOMAS OU ABCESSOS

- 3.14.01.35-0 - Implante de halo para Radiocirurgia;
- 3.14.01.14-7 - Localização Estereotática de lesões intracranianas com remoção;

- 3.14.01.06-6 - Drenagem Estereotáxica de cistos, hematomas ou abscessos; e
- 1.01.05.07-7 - Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar.

2.22 DA AUTORIZAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA

2.22.1 INDICAÇÃO

Processo expansivo intracraniano e Primeira etapa de todo procedimento Estereotáxico.

2.22.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

01 (um) kit de pinos de halo de Estereotaxia / Radiocirurgia.

2.22.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.22.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de crânio com laudo.

2.22.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA

3.14.01.35-0 - Implantação de halo para Radiocirurgia.

2.23 DA AUTORIZAÇÃO PARA MICROCIRURGIA POR VIA TRANSESFENOIDAL

2.23.1 INDICAÇÃO

Tumores selares e supra-selar.

2.23.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

2.23.2.1 Para cirurgias endonasais:

- 01 (um) kit de endoscopia do crânio para hipófise;
- Até 02 (duas) unidades de hemostático com aplicador e prolongador com memória;

- Até 02 (duas) unidades de selante de fibrina;

- 01 (um) selante de dura-máter;

- 01 (um) kit para neuronavegação;

- 01 (uma) broca para drill;

- 01 (um) substituto de dura-máter; e

- 01 (um) sistema de neuronavegação.

2.23.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.23.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia ou ressonância de sela túrcica com laudo.

2.23.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA MICROCIRURGIA POR VIA TRANSESFENOIDAL

- 3.14.01.15-5 - Microcirurgia para tumores intracranianos;

- 3.14.01.16-3 - Microcirurgia por via Transesfenoidal;

- 3.03.02.02-1 - Descompressão do nervo óptico;

- 3.05.01.20-2 - Fechamento de fístula liquórica transnasal; e

- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora).

2.24 DA AUTORIZAÇÃO PARA NEUROTOMIA DO TRIGÊMIO

2.24.1 INDICAÇÃO

Dor facial no trajeto de V1, V2 ou V3, que já tenha acompanhamento com neurologia e não tem resposta ao tratamento medicamentoso.

2.24.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

a) 01 (um) Conjunto para neuralgia do trigêmeo por balão descartável, composto de:

- 01 (uma) agulha;
- 02 (dois) mandris;
- 01 (uma) seringa;
- 01 (um) balão;
- 01(uma) chave *Allen* de 1,5mm; e
- 01 (um) guia introdutor.

b) ou 01 (um) kit de agulha para Neurotomia do Trigêmio por radiofrequência.

2.24.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.24.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de crânio para afastar processo expansivo.

2.24.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA NEUROTOMIA DO TRIGÊMIO

- 3.14.04.03-0 - Tratamento da neuralgia do trigêmeo por via percutânea;
- 2.02.02.04-0 - Monitorização neurofisiológica intra-operatório (técnica por radiofrequência);
- 4.01.03.43 -9 - Impedanciometria (técnica por radiofrequência); e
- 4.08.11.02 -6- Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico.

2.25 DA AUTORIZAÇÃO PARA SISTEMA DE DERIVAÇÃO COM VÁLVULA

2.25.1 INDICAÇÃO

Hidrocefalias comunicantes ou obstrutivas e hidrocefalia de pressão normal.

2.25.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) sistema de neuronavegação, nos casos de "*slitventricule*" (ventrículos em fenda), com justificativa;
- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson* ou instrumento de corte esférico de 5 mm;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Sistema de cateteres de derivação ventrículo-peritoneal com válvula (Standard de pressão fixa ou regulável) tamanho adequado para criança ou adulto;
- 01 (um) Tunelizador subcutâneo;
- 01 (um) Dispositivo anti-sifão, se necessário; e
- 02 (dois) Curativos estéreis de filme transparente ou película protetora adesiva.

Observação: Os casos que necessitem de DVP programável serão avaliados pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

2.25.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo. Nos casos de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos e sonolência), o procedimento terá caráter de emergência.

2.25.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de crânio com ou sem estudo de fluxo liquórica; tomografia de crânio, TAP teste com ou sem avaliação neuropsicológica associada; fundoscopia direta ou indireta.

2.25.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA SISTEMA DE DERIVAÇÃO COM VÁLVULA

- 3.14.01.23-6 - Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões;
- 3.14.01.08-2 - Implante de cateter intracraniano;

- 3.10.09.17-4 - Laparotomia exploradora; e
- 3.10.08.06-2 - Implante de cateter peritoneal.

2.26 DA AUTORIZAÇÃO PARA CRANIOPLASTIA

2.26.1 INDICAÇÃO

Falhas ósseas cranianas decorrentes de trauma, tumores ou infecções.

2.26.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio; e
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio.

Alternativas para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) botões de osteossíntese.

Escolher uma das opções para Cranioplastia, conforme o tamanho da falha óssea:

- Opção 1: 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g); ou
- Opção 2: 01 (uma) Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm; ou
- Opção 3: 01 (uma) Prótese prototipada customizada.

Observação: Os procedimentos com solicitação de próteses prototipada serão avaliados pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

2.26.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.26.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia de crânio.

2.26.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA CRANIOPLASTIA

- 3.02.15.01-3 - Cranioplastia;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica; e
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal.

2.27 DA AUTORIZAÇÃO PARA IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

2.27.1 INDICAÇÃO

Doença de Parkinson, refratário ao tratamento medicamentoso (flutuações motoras) ou com efeitos colaterais do uso crônico de levodopa (discinesias); distonias e tremores.

2.27.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01(um) conjunto de eletrodos descartáveis para palidotomia e talamotomia com implantador, para lesão e ou estimulação cerebral profunda;
- 01(um) kit implantador, para eletrodo de estimulação cerebral profunda;
- 01(um) Neuroestimulador para controle de movimentos anormais de célula primária;
- 01 (um) Sistema de recarga para Neuroestimulador programável recarregável;
- 02 (dois) Eletrodos quadripolar com *stimloc*;
- 02 (dois) Cabos extensores com stretch-coil;
- 01 (um) Programador do paciente para Neuroestimulador;
- 01 (um) Conjunto (ii) palidotomia e talamotomia; e
- 01 (uma) broca de trepano com sistema de parada automática.

2.27.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.27.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de crânio e laudo médico da neurologia comprovando a não resposta aos medicamentos ou efeitos colaterais dos medicamentos.

2.27.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

- 3.14.01.35-0 - Implante de halo para Radiocirurgia;
- 3.14.01.14-7 - Localização Estereotáxica de lesões intracranianas com remoção;
- 3.14.01.10-4 - Implantes de eletrodos medular ou cerebral;

- 3.14.03.14-0 - Implante de gerador para neuroestimulação;
- 3.14.01.09-0 - Implante de eletrodos para estimulação cerebral profunda;
- 2.02.02.04- 0 - Monitorização neurofisiológica intra-operatório;
- 4.01.03.43-9 - Impedanciometria;
- 1.01.05.07-7 - Acompanhamentos médico para transporte intra-hospitalar; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico.

Observação 1: O uso de gerador não recarregável está indicado para pacientes com mais de 65anos. Em pacientes com idade inferior, a opção será o gerador recarregável, bem como para os casos de distonia.

Observação 2: A necessidade de implante de eletrodos e/ou gerador para estimulação medular será avaliada pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

2.28 DA AUTORIZAÇÃO PARA IMPLANTE DE ELETRODOS MEDULAR OU CEREBRAL

2.28.1 INDICAÇÃO

Cobertura obrigatória para pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática, ou quando houver relatório médico e fisioterápico atestando ausência de melhora da dor, ou redução inferior a 50% no escore VAS, com tratamento medicamentoso e fisioterápico realizado continuamente por um período mínimo de 6 meses.

2.28.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Neuroestimulador medular para controle de dor crônica e recarregável, programável;
- 01(um) eletrodo em forma de placa com 8 a 20 polos separados em 3 colunas;
- 01 (um) Cabo extensor com conector de eletrodo para estimulação medular com forma cilíndrica de 4 a 8 polos;

- 01 (um) kit Tunelizador;
- 01 (um) controlador de terapia do paciente para Neuroestimulador medular; e
- 01 (um) sistema de recarga compatível com neuroestimuladores recarregáveis.

2.28.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

2.28.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de coluna e Laudo médico especificando o quadro de dor crônica.

2.28.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA IMPLANTE DE ELETRODOS MEDULAR OU CEREBRAL, IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO E LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA

- 3.14.01.10-4 - Implante de eletrodos medular ou cerebral;
- 3.14.03.14-0 - Implante de gerador para neuroestimulação;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia ou laminotomia;
- 4.01.03.43 -9 – Impedanciometria; e
- 4.08.11.02 -6 – Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico.

Observação1: As indicações de bomba de morfina ou baclofeno serão avaliadas pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

Observação 2: Será autorizada a bomba de tipo “eletrônica” para o uso de baclofeno. Para os demais casos será autorizado o modelo de bomba a gás.

CAPÍTULO III

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO DA COLUNA VERTEBRAL

3.1 PARA EFEITO DESTE CADERNO DE INSTRUÇÃO ADOTAM-SE AS SEGUINTE CONCEITUAÇÕES:

a) Segmento Vertebral: representa o espaço, compreendido por duas vértebras e o disco Intervertebral entre elas.

b) Nível Vertebral ou Discal: refere-se a cada vértebra ou a cada disco intervertebral, individualmente.

c) Vias de Acesso à Coluna Vertebral

1) Via Anterior: nesse acesso, o paciente é posicionado em decúbito dorsal, sendo a coluna acessada por cervicotomia anterior ou por abertura anterior do tórax ou do abdômen;

2) Via Lateral: posição menos utilizada. O paciente é posicionado em decúbito lateral e a coluna vertebral é acessada por incisão lateral no tórax ou abdômen; e

3) Via Posterior: é a posição mais familiar ao cirurgião de coluna. O paciente é posicionado em decúbito ventral, e a coluna vertebral é acessada por incisão dorsal mediana ou paramediana.

d) Artrodese Vertebral: fusão entre duas ou mais vértebras, provocada pela colocação de enxerto ou material semelhante, entre elas. Pode ser classificada em:

1) Posterior - quando realizada, entre as lâminas das vértebras adjacentes;

2) Pósterio Lateral - quando realizada entre os processos transversos das vértebras adjacentes. Habitualmente, bilateral; e

3) Anterior - quando realizada entre os corpos vertebrais adjacentes. Também conhecida por fusão Inter somática.

e) Fixação Vertebral: refere-se ao bloqueio de movimento do segmento vertebral, através do implante de próteses fixas nas vértebras, com o objetivo de melhorar as taxas de fusão (artrodese) vertebral.

f) Fusão Inter somática: representa a artrodese realizada entre os corpos vertebrais adjacentes, com a colocação de enxerto ou de cages + enxerto, entre eles. O Espaço Inter somático (entre os corpos vertebrais) pode ser acessado por diversas vias: - Anterior (ALIF) - Lateral (XLIF), - Posterior (PLIF) - Transforaminal (TLIF).

g) Artrodese de coluna com Instrumentação por segmento: representa a artrodese de um segmento vertebral, por qualquer via de acesso, com fixação (instrumentação) associada. Para efeito de cobrança junto às fontes pagadoras, esse procedimento é multiplicado pelo número de segmentos artrodesados, por exemplo: Artrodese envolvendo os segmentos L3-L4, L4-L5 e L5-S1 significa a artrodese de três segmentos e é descrita como 3.07.15.01-6 x 3.

h) Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral: habitualmente associado ao código 3.07.15.01-6, na artrodese circunferencial (360°), por vias combinadas ou pela mesma via. Exemplo: Artrodese L4-L5 pósterolateral com parafusos pediculares e enxerto, combinada com artrodese Inter somática com cages intervertebrais, por via posterior.

i) Descompressão medular ou de cauda equina: consiste na liberação da medula espinhal ou de raiz (es) espinhal (is), liberando-as de compressões tumorais, de fragmentos ósseos, de osteófitos ou de fragmentos discais.

j) Hérnia discal lombar – Tratamento Cirúrgico: trata-se da discectomia para tratamento da hérnia discal lombar, por qualquer via ou qualquer técnica. O procedimento é multiplicado por cada disco operado.

k) Hérnia discal Cervical – Tratamento Cirúrgico: trata-se da discectomia para tratamento da hérnia discal cervical, por qualquer via ou qualquer técnica. O procedimento também é multiplicado por cada disco operado.

l) Laminectomia ou laminotomia – Tratamento Cirúrgico: procedimento com ampla e diversificada utilização em cirurgia da coluna vertebral, principalmente em cirurgias descompressivas, para tratamento de patologias tumorais, degenerativas ou infecciosas, da coluna vertebral ou da medula espinhal.

m) Osteotomia da coluna vertebral: esse código é utilizado em cirurgias de deformidades de coluna vertebral, representando a ressecção parcial ou total de elementos vertebrais – facetas vertebrais ou corpo vertebral, para facilitar a correção de deformidades e angulações da coluna. Esse procedimento também é multiplicado por cada nível operado.

n) Substituição de corpo vertebral: representa a substituição parcial ou total do corpo vertebral, por próteses, enxerto (crista ilíaca, costela ou fíbula) ou por produtos sintéticos (“cimento ósseo”,

por exemplo), para tratamento de lesões tumorais, traumáticas ou infecciosas do corpo vertebral. O ato cirúrgico é remunerado por cada corpo vertebral substituído.

o) Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento: esse código é destinado ao tratamento da estenose do canal vertebral, seja no compartimento central ou no compartimento foraminal. Na prática, consiste na realização de laminoforaminotomia Descompressiva uni ou bilateral e/ou osteofitectomias vertebrais. Pode ser utilizado como procedimento principal ou como procedimento secundário em casos de Instabilidade vertebral e/ou hérnia discal. Para efeito de cobrança junto às fontes pagadoras, esse procedimento também é multiplicado pelo número de segmentos cirurgiados.

p) Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração): a maioria dos procedimentos em coluna vertebral é realizada sob a visão da radioscopia transoperatória, exigindo do cirurgião de coluna a interpretação contínua das imagens, durante o procedimento cirúrgico. Esse procedimento é multiplicado pelo tempo total do procedimento, em horas e frações.

q) Enxerto ósseo: para obtenção de enxerto autólogo, durante os procedimentos de fusão e artrodese vertebral, faz-se necessário à remoção de fragmentos ósseos do próprio paciente, durante o ato cirúrgico principal. A obtenção do enxerto pode ser através de osteotomias do osso ilíaco ou utilizando fragmentos ósseos dos elementos posteriores vertebrais, como processo espinhoso, lâminas ou facetas.

r) Cirurgia Multissegmentares: as cirurgias multissegmentares da coluna vertebral, ou seja, aquelas envolvendo mais de um segmento vertebral, agregam maior complexidade ao ato cirúrgico, merecendo assim remuneração adicional. Em alguns tipos de cirurgias, onde são realizados procedimentos em vértebras adjacentes, utiliza-se o conceito de segmento vertebral ao invés de nível, para evitar cobrança duplicada. Por exemplo, a artrodese entre L4-L5, embora envolva duas vértebras, é cobrada como um procedimento apenas. Exemplo semelhante se aplica a laminoforaminotomia (3.07.15.36-9) para abordagem do forame entre L4-L5, com idêntica cobrança. Por outro lado, quando realizamos a substituição do corpo de L2, bem como a substituição do corpo de L3, no mesmo ato cirúrgico, a cirurgia deverá ser remunerada pelos dois níveis vertebrais. Os procedimentos da coluna vertebral não são remunerados duas vezes, quando a mesma patologia está presente bilateralmente, dentro de um mesmo segmento ou nível

vertebral/discal. Exemplo: no tratamento cirúrgico da estenose foraminal L4-L5 bilateral, não poderá ser realizada cobrança adicional, pelos dois lados.

3.2 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR E/OU ESTENOSE DO CANAL LOMBAR SEM INSTABILIDADE ASSOCIADA

3.2.1 INDICAÇÃO

Hérnia discal lombar com ou sem estenose foraminal associada ou Estenose do canal ou foraminal com ou sem hérnia discal.

3.2.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de Broca cortante;
- 01 (um) selante dural (em caso de lesão dural);
- 01 (um) kit para endoscopia para coluna vertebral;
- 01 (um) nucleotomia discal percutânea (2ª opção ao item anterior); e
- 01(um) luva de proteção.

3.2.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo salvo os casos com déficit neurológico motor e/ou síndrome da cauda equina.

3.2.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância de coluna e/ou Tomografia de coluna ou Mielotomografia de coluna sendo preferencial a RNM e Eletroneuromiografia que pode auxiliar a demonstrar presença de déficit neurológico, embora não seja exame obrigatório, sobretudo nos casos de cauda equina que são emergências, devendo ser resolvidos em até 24h da instalação dos déficits.

3.2.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR E/OU ESTENOSE DO CANAL LOMBAR SEM INSTABILIDADE ASSOCIADA

- 3.07.15.36-9 -Tratamento do canal estreito ou foraminotomia lombar;

- 3.07.15.18-0- Tratamento da discopatia lombar; e
- 3.07.15.09-1- Descompressão de cauda equina.

3.3 - DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INSTABILIDADE SEGMENTAR LOMBAR

3.3.1 INDICAÇÃO

Instabilidade segmentar lombar, associada à discopatia degenerativa lombar e/ou à estenose do canal lombar, de etiologia: degenerativa, congênita, infecciosa, pós-traumática ou iatrogênica.

3.3.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (dois) Parafusos pediculares sólidos ou canulados* por vértebra;
- 02 (dois) Bloqueadores ou porca travas por vértebra;
- 02 (duas) Hastes longitudinais;
- 01 (um) Conector transverso (“*crosslink*”) **;
- 02 (dois) *Cages**** por segmento;
- 01 (um) Enxerto sintético;
- 01 (um) Kit hemostático por segmento;
- 02 (duas) Brocas de drill (se cirurgia aberta tradicional); e
- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas;

Equipamentos necessários para materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa,

Arco em C e Neuromonitoramento intra-operatório.

Observação 1: *Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do Parafuso.

Observação 2: **Em caso de Espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos. Nos casos de PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage); XLIF (01 cage c/ parafuso/trava).***

3.3.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo

3.3.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ressonância com ou sem tomografia de coluna associada e Raios-X dinâmico de coluna.

3.3.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INSTABILIDADE SEGMENTAR LOMBAR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.18-0 - Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico;
- 3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)

Observação 1: O Código 3.07.15.18-0 será cobrado para cada nível realizado de discectomia para a interposição de enxerto (com ou sem Cage), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora / fração de cirurgia).

Observação 2: A Artrodese de coluna lombar via posterior para doença degenerativa com mais de 3 níveis ou cirurgia para escoliose (juvenil ou degenerativa) deverá ser avaliada pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

Observação 3: As solicitações das cirurgias de escoliose serão avaliadas pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

3.4 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESE LOMBAR OU LOMBOSSACRA

3.4.1 INDICAÇÃO

Espondilolistese lombar ou lombossacra, de qualquer etiologia.

3.4.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de Broca cortante e/ou diamantada;
- 02 (duas) unidades parafusos pediculares mono ou poliaxiais;
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 01 (uma) unidade de *Cage* para TLIF (acesso via posterior);
- 01 (uma) unidade de *Cage* ALIF por seguimento (acesso via anterior);
- 01 (uma) unidade de *Cage* XLIF por segmento (acesso lateral);
- 01 (uma) unidade de *Cage* OLIF por segmento (acesso oblíquo);
- 02 (duas) unidades de *Cage* para PLIF (acesso via posterior);
- 01 (uma) unidade de Enxerto ósseo 5 gramas por segmento;
- 01 (um) unidade de hemostático por segmento;
- 01 (uma) unidade de substituto sintético de dura-máter;
- 01 (uma) unidade de Selante dural. (Em caso de lesão dural); e
- 01 (uma) unidade de Dispositivo *Crosslink*.

3.4.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de caráter eletivo, salvo os casos com déficit neurológico motor ou cauda equina instalada, quando se tornam emergências.

3.4.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna com ou sem TC de coluna associada e raios-x dinâmico de coluna.

3.4.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPONDILOLISTESE LOMBAR OU LOMBOSSACRA

- 3.07.15.11-3 - Espondilolistese – tratamento cirúrgico;
- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.18-0 - Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico;
- 3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.5 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR

3.5.1. ARTRODESE CERVICAL VIA ANTERIOR POR SEGMENTO

3.5.1.1 INDICAÇÃO

Mielopatia e/ou radiculopatia cervical e/ou instabilidade segmentar cervical, de etiologia: degenerativa, congênita, infecciosa, pós-traumática ou iatrogênica.

3.5.1.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (dois) Parafusos pediculares sólidos ou canulados* por vértebra;

- 02 (dois) Bloqueadores ou porca travas por vértebra;
- 02 (duas) Hastes longitudinais
- 01 (um) Conector transverso (“*crosslink*”) **
- 02 (dois) *Cages**** por segmento;
- 01 (um) Enxerto sintético;
- 01 (um) Kit hemostático por segmento;
- 02 (duas) Brocas de drill; e
- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas;

Equipamentos necessários para materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa, Arco em C e Neuromonitoramento intra-operatório

Observação 1: O Código 3.07.15.18-0 será cobrado para cada nível realizado de discectomia para a interposição de enxerto (com ou sem Cage), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora / fração de cirurgia).

Observação 2: *Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do Parafuso.

Observação 3: **Em caso de Espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos. Nos casos de PLIF (02 *cages*); TLIF (01 *cage*); ALIF (01 *cage*); XLIF (01 *cage* c/ parafuso/trava).***

3.5.2 DA AUTORIZAÇÃO PARA ARTOPLASTIA CERVICAL POR SEGMENTO

3.5.2.1 INDICAÇÃO

a) Hérnia de disco cervical, sem evidências artrose cervical (uncoartrose), mielopatia e/ou radiculopatia cervical com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa, congênita, infecciosa, tumoral, pós-traumática ou iatrogênica.

b) Contraindicada em casos de: osteoporose, doença Paget, doença infecciosa sistêmica, doença maligna, artrite reumatoide, doenças reumatologias, instabilidade cervical e cirurgia prévias do segmento e altura do disco menor que 3 mm, paciente tabagista ou com doença mental grave.

3.5.2.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Placa cervical anterior***;

- 02 (dois) Parafusos para travamento de placa*** por vértebra;

- 01 (um) Enxerto sintético;

- 01 (um) Kit hemostático por segmento;

- 02 (duas) Brocas de drill; e

- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas.

Opção 1 Cage c/ sistema interno de trava* (1/nível); ou

Opção 2 Prótese discal cervical** (1/nível); ou

Opção 3 Cage interssomático tradicional (1/nível).

Equipamentos necessários para materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa; Arco em C e Neuromonitoramento intra-operatório.

Observação 1: O Código 3.07.15.18-0 será cobrado para cada nível realizado de discectomia para a interposição de enxerto (com ou sem *Cage*), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora / fração de cirurgia).

Observação 2:*Se optado por técnica “*Stand Alone*”, máximo 3 *cages*.

Observação 3:**Se optado por técnica de artroplastia, máximo 2 próteses.

Observação 4:*** Se realizado artrodese clássica.

3.5.2.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo exceto nos casos com déficit motor por compressão medular ou radicular agudas.

3.5.2.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna cervical e raios-X dinâmico de coluna cervical.

3.5.2. HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.39-3 - Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico;
- 3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.6 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR

3.6.1 INDICAÇÃO

Mielopatia e/ou radiculopatia cervical e/ou instabilidade segmentar cervical, de etiologia: degenerativa, congênita, infecciosa, pós-traumática ou iatrogênica.

3.6.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (dois) Parafusos cervicais posteriores / massa lateral por vértebra;
- 02 (duas) Hastes longitudinais;

- 02 (dois) Bloqueadores ou trava porca por vértebra;
- 01 (um) Conector transverso (“crosslink”); e
- Até 02 (dois) Conectores tipo dominó.

Itens complementares|:

- 01 (um) Enxerto sintético;
- 01 (um) Kit hemostático;
- 02 (duas) Brocas de drill; e
- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas.

Equipamentos necessários para materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa, - Arco em C e Neuromonitoramento intra-operatório.

3.6.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

3.6.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna com ou sem TC de coluna associada e raios-x dinâmico de coluna.

3.6.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia ou laminotomia;
- 3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e

- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.7 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) POR VIA POSTERIOR

3.7.1 INDICAÇÃO

Fraturas ou luxações da coluna, com cifose ou compressão do canal raquiano.

3.7.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (dois) Parafusos pediculares sólidos ou canulados* por vértebra;
- 02 (dois) Bloqueadores ou porca travas por vértebra;
- 02 (duas) Hastes longitudinais;
- 01 (um) Conector transverso (“crosslink”) **;
- 01 (um) Enxerto sintético;
- 01 (um) Kit hemostático por segmento;
- 02 (duas) Brocas de drill;
- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas;

Equipamentos necessários para materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa, Arco em C e Neuromonitoramento intra-operatório.

Observação1: *Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do Parafuso.

Observação 2: **Em caso de Espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos.

3.7.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos associados).

3.7.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna associada e Raios-X de coluna.

3.7.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) POR VIA POSTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia ou laminotomia;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.15.16-4 - Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.8 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) POR VIA ANTERIOR

3.8.1 INDICAÇÃO

Fratura luxação da coluna cervical, com perda da lordose cervical e compressão do canal raquiano.

3.8.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de Broca cortante e/ ou diamantada;
- 06 (seis) unidades de Parafusos corticais;
- 01 (uma) unidade de Placa cervical;
- 01 (uma) unidade de Cage cervical expansível ou não (sem dispositivo de bloqueio);
- 01 (um) Cage auto bloqueante (com âncora ou sistema de travamento) sem uso de placa; e

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g.

3.8.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos).

3.8.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna e raios-x de coluna.

3.8.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL POR VIA ANTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral;
- 3.07.15.39-3 - Tratamento da hérnia discal cervical;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorradicular; e
- 3.07.15.16-4 - Tratamento cirúrgico da fratura de coluna (código utilizado para redução ou alinhamento vertebral).

3.9 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL – CORPECTOMIA VIA ANTERIOR

3.9.1 INDICAÇÃO

Fratura explosão de corpo vértebra, com perda do alinhamento da coluna com luxações associadas.

3.9.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de broca cortante e ou diamantada;
- 04 (quatro) unidades de parafusos corticais;
- 01 (uma) placa cervical;
- 01 (um) implante intervertebral cilíndrico expansível ou não para corpectomia cervical;

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g;
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e
- 01 (um) selante de dura-máter.

3.9.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos).

3.9.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna e raios-x de coluna

3.9.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL – CORPECTOMIA VIA ANTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral;
- 3.07.15.28-8 - Substituição de corpo vertebral;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorrádicular; e
- 3.07.15.16-4 - Tratamento cirúrgico da fratura de coluna (código utilizado para redução ou alinhamento vertebral).

3.10 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL OU CRANIOVERTEBRAL) POR VIA POSTERIOR

3.10.1 INDICAÇÃO

Fraturas e luxações da coluna vertebral cervical com lesão dos elementos posteriores do canal vertebral.

3.10.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de broca cortante e/ou diamantada e/ou fresa;

- 02 (duas) unidades de parafusos de massa lateral poliaxial, por nível;
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores, por nível;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 02 (duas) unidades de haste longitudinal acoplável cérico torácico (segunda opção do item a cima);
- 01 (um) *crosslink* a cada 3 segmentos;
- 02 (duas) unidades de placa occipital em titânio;
- 04 (quatro) unidades de parafuso e rosca da placa occipito cervical;
- 02 (dois) enxertos ósseos ou 5 gramas por segmento;
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e
- 01 (um) selante de dura-máter.

3.10.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (quando o paciente apresenta déficit neurológico).

3.10.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna e Raios-x de coluna.

3.10.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL OU CRANIOVERTEBRAL) POR VIA POSTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia ou laminotomia;
- 3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento;

- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.11 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA ANTERIOR

3.11.1 INDICAÇÃO

Presença de tumor primário ou metastático no corpo vertebral de coluna cervical, nos casos de tumores secundários de acordo com o estadiamento da doença. Casos sem condições clínicas ou com múltiplas vértebras acometidas são mais bem tratados com radioterapia de coluna.

3.11.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) placa para fixação anterior;
- 02 (dois) parafusos para placa por nível;
- 01 (um) espaçador intervertebral cilíndrico tubular para corpectomia (expansível ou não);
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter;
- 01 (um) selante de dura-máter;
- 01 (um) aspirador ultrassônico.
- 01 (um) monitorização intra-operatório.
- 01 (um) Kit transfusão sanguínea autóloga ("*cell saver*"); e

- 02 (dois) Pares de luvas radiopacas.

3.11.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (quando o paciente apresenta déficit neurológico).

3.11.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna total; TC de coluna; raios-x de coluna e cintilografia óssea.

3.11.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA ANTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese da coluna com instrumentação por segmento;
- 3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral;
- 3.07.15.38-5 - Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia ou laminotomia;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina;
- 3.07.32.02-6 - Enxerto ósseo; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

3.12 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL SEM COMPRESSÃO MEDULAR

3.12.1 INDICAÇÃO

Tumor Ósseo da Coluna Vertebral sem Compressão do Canal Vertebral.

3.12.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g;
- 01 (uma) broca cortante e ou diamantada;

- 02 (dois) parafusos pediculares mono ou poliaxiais por nível a ser tratado;
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores por nível a ser tratado;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 01 (um) dispositivo *crosslink* (acima de dois segmentos) a cada 3 segmentos;
- 01(um) hemostático a cada dois segmentos;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e
- 01 (um) espaçador intervertebral cilíndrico tubular para corpectomia (expansível ou não in situ).

3.12.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência.

3.12.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna; Raios-X de coluna e cintilografia óssea

3.12.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL SEM COMPRESSÃO MEDULAR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral;
- 3.07.15.28-8 - Substituição de corpo vertebral;
- 3.07.15.38-5 - Tumor ósseo vertebral; e
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia.

3.13 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL COM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR COM LAMINECTOMIA

3.13.1 INDICAÇÃO

Tumor ósseo da coluna vertebral com compressão do canal raqueano.

3.13.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca cortante;
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e
- 01 (um) selante de dura-máter.

3.13.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos).

3.13.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna; Raios-X de coluna com ou sem cintilografia óssea.

3.13.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR VERTEBRAL COM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR COM LAMINECTOMIA

- 3.07.15.38-5 - Tumor ósseo vertebral;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia; e
- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorradicular.

3.14 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR INTRADURAL (INTRA OU EXTRAMEDULAR)

3.14.1 INDICAÇÃO

Tumores intradurais, tumores medulares, Malformações arteriovenosas (MAVs) medulares.

3.14.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g a cada 02 segmentos a serem artrodesados;
- 02 (duas) unidades de broca cortante e ou diamantada;
- 02 (duas) unidades de parafusos pediculares mono ou poliaxiais, por nível;

- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores, por nível;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 01 (um) dispositivo *crosslink* (acima de dois segmentos) a cada 3 segmentos;
- 02 (dois) hemostáticos;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter;
- 01 (um) selante de dura-máter;
- 01 (um) monitorização neurofisiológica intra-operatório; e
- 01 (um) aspirador ultrassônico.

3.14.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (com déficit neurológico).

3.14.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna.

3.14.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR INTRADURAL (INTRA OU EXTRAMEDULAR)

- 3.07.15.35-0 - Tumor Intradural;
- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna Vertebral; e
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia/Laminoplastia.

3.15 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE E OUTRAS DEFORMIDADES DA COLUNA VERTEBRAL

3.15.1 INDICAÇÃO

Escolioses e outras deformidades da coluna vertebral de causa: idiopática, neuromuscular, congênita, secundária, ou degenerativa, deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

3.15.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g a cada 02 segmentos a serem artrodesados (máximo de 30 g);
- 02 (duas) unidades de broca cortante e ou diamantada;
- 02 (duas) unidades de parafusos pediculares: mono, uni, bi planares ou poliaxiais, por nível;
- Até 02 parafusos de íliaco e 02 conectores de íliaco por cirurgia (escolioses neuromusculares e/ou com desbalanço da pelve);
- 02 (duas) unidades de ganchos sublaminares por nível substituindo os parafusos daquele nível.
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores, por nível;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes de titânio ou cromo cobalto;
- 01 (um) dispositivo *crosslink* (acima de dois segmentos) a cada 3 segmentos (no máximo 2 unidades por cirurgia);
- 02 (dois) hemostáticos;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter;
- 01 (um) selante de dura-máter; e
- 01 (um) monitorização eletrofisiológica.

3.15.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

3.15.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Raios-x panorâmico de coluna com medida do ângulo de Cobb, Raios-X oblíquos laterais; RNM de coluna total.

3.15.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE E OUTRAS DEFORMIDADES DA COLUNA VERTEBRAL

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral por segmento; e
- 3.07.15.22-9 - Osteotomia de coluna vertebral por segmento.

Observação: Deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde, preferencialmente, por especialista em cirurgia de coluna, para os casos de cirurgia de escoliose.

3.16 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALFORMAÇÃO CRANIOVERTEBRAL - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA

3.16.1 INDICAÇÃO

Malformação craniovertebral com ou sem siringomielia.

3.16.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de broca cortante e ou diamantada e ou fresa;
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura- máter;
- 01 (um) selante de dura- máter;
- 01 (uma) broca de trepanação; e
- 01 (um) equipamento de monitorização eletrofisiológica.

3.16.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de eletivo

3.16.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de transição crânio vertebral; Tomografia de transição crânio vertebral; RAIOS-X de crânio e coluna cervical.

3.16.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALFORMAÇÃO CRANIOVERTEBRAL - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA

- 3.07.15.35-0 - Tratamento cirúrgico dairingomielia;
- 3.07.15.32-6 - Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular; e
- 3.07.15.19-9 – Laminectomia.

3.17 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALFORMAÇÃO CRANIOVERTEBRAL - DESCOMPRESSÃO + ARTRODESE CRANIOCERVICAL

3.17.1 INDICAÇÃO

Malformação Craniovertebral com ou sem siringomielia e com instabilidade.

3.17.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 02 (duas) unidades de broca cortante e/ou diamantada e/ou fresa por cirurgia;
- 02(duas) unidades de parafusos de massa lateral poli axial, por nível;
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores, por nível;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 02 (duas) unidades de haste longitudinal acoplável cérvico torácico (segunda opção do item acima);

- 01 (uma) unidade de *crosslink*, a cada 3 segmentos (máximo 02 unidades);
- 02 (duas) unidades de placa occipital em titânio;
- 04 (quatro) unidades de parafuso e rosca da placa occipito cervical;
- 01 (um) enxerto ósseo 5 gramas por segmento (máximo de 20 g);
- 01 (um) hemostático por segmento; e
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter.

3.17.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo, salvo casos com déficits neurológicos que se tornam urgência ou emergência.

3.17.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM e TC de coluna cervical e crânio.

3.17.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALFORMAÇÃO CRANIOVERTEBRAL - DESCOMPRESSÃO + ARTRODESE CRANIOCERVICAL

- 3.07.15.35-0 - Tratamento cirúrgico da siringomielia;
- 3.07.15.32-6 - Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais;
- 3.07.15.09-1 - Descompressão medular;
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia; e
- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral.

3.18 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ESPINHAL

3.18.1 INDICAÇÃO

Mielomeningocele, síndrome da medula presa ou medula ancorada.

3.18.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca cortante e ou diamantada;
- 01 (um) hemostático por segmento;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter;
- 01 (um) selante de dura-máter; e
- 01 (um) equipamento de monitorização eletrofisiológica.

3.18.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de Procedimento eletivo ou de Urgência (casos com Disrafismo aberto com risco de infecção do sistema nervoso central e casos com déficits neurológicos progressivos).

3.18.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Ultrassom craniano e coluna vertebral, raios-x do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, raios-x e Ressonância Magnética da coluna vertebral.

3.18.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ESPINHAL

- 3.07.15.33-4 - Tratamento cirúrgico do Disrafismo Espinhal.

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia admite além do código 3.07.15.33-4, todos os códigos abaixo são admissíveis, conforme o tamanho e localização das lesões:

- 3.07.15.32-6- tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais;
- 3.07.15.19-9- Laminectomia ou laminotomia;
- 3.14.01.26-0- Tratamento cirúrgico da fistulaliquórica;
- 3.01.01.57-3- Extensos ferimentos – exérese e rotação de retalhos musculares;
- 3.01.01.55-7- Extensos ferimentos – exérese e rotação de retalho fasciocutâneo;
- 3.01.01.67-0- Plástica em Z ou W;
- 2.02.02.04-0- Monitorização neurofisiológica intra-operatório; e

- 3.01.01.23-9- Curativo especial sob anestesia – por unidade topográfica (UT).

3.19 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELE/DISCITE/ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA ANTERIOR

3.19.1 INDICAÇÃO

Casos de Osteomielite dos componentes da vértebra, abscesso epidural e discite.

3.19.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) placa para fixação anterior;
- 04 (duas) unidades de parafuso para placa;
- 01 (um) espaçador intervertebral cilíndrico tubular para corpectomia (expansível ou não in situ);
- 02 (um) hemostáticos;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e
- Até 02 (duas) brocas de drill.

3.19.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência em casos com déficits neurológicos.

3.19.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna; TC de coluna (ambos os exames com contraste) e cintilografia óssea.

3.19.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELE/DISCITE/ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA ANTERIOR

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral;
- 3.07.15.28-8 - Substituição de corpo vertebral;

- 3.07.15.21-0 - Tratamento cirúrgico da Osteomielite de coluna; e

- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorrádicular.

3.20 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELE/DISCITE/ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA

3.20.1 INDICAÇÃO

Casos de Osteomielite dos componentes da vértebra, abscesso Epidural e Discite.

3.20.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) broca cortante e ou diamantada;

- 01 (um) hemostático por segmento;

- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e

- 01 (um) selante de dura-máter.

3.20.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento urgência ou emergência em casos com déficits neurológicos.

3.20.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna com gadolínio; TC de coluna com contraste; cintilografia óssea.

3.20.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELE/DISCITE/ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA

- 3.07.15.19-9 - Laminectomia para drenagem de abscesso Epidural;

- 3.07.15.21-0 - Tratamento cirúrgico da Osteomielite de coluna; e

- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorrádicular.

3.21 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELEITE/DISCITE/ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR COM ARTRODESE

3.21.1 INDICAÇÃO

Casos de Osteomielite dos componentes da vértebra, abscesso Epidural e Discite com instabilidade e componente infeccioso resolvido.

3.21.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) enxerto ósseo granulado 10 g a cada 02 níveis (no máximo 20 g);
- 01 (uma) broca cortante e ou diamantada;
- 02 (duas) unidades de parafusos pediculares monoaxiais ou poliaxiais, por nível;
- 02 (duas) unidades de porca ou bloqueadores, por nível;
- 02 (duas) unidades de barra ou hastes;
- 01 (um) conector transverso (“*crosslink*”) - acima de dois segmentos, a cada 3 segmentos;
- 02 (dois) hemostáticos;
- 01 (um) substituto sintético para dura-máter;
- 01 (um) selante de dura-máter; e
- 01 (um) *Cage* cilíndrico expansível ou não para corpectomia.

3.21.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos).

3.21.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna com gadolínio; TC de coluna com contraste; Cintilografia óssea.

3.21.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELEITE/ DISCITE/ ABSCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR POR VIA POSTERIOR COM ARTRODESE

- 3.07.15.01-6 - Artrodese de coluna vertebral;
- 3.07.15.21-0 - Tratamento cirúrgico da Osteomielite de coluna;

- 3.07.15.19-9 - Laminectomia para drenagem de abscesso Epidural; e
- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorradicular.

3.22 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS VERTEBRAIS OSTEOPORÓTICAS OU PATOLÓGICAS / TRATAMENTO PERCUTÂNEO POR “CIMENTAÇÃO” OU “STENT” VERTEBRAL

3.22.1 INDICAÇÃO

Fraturas osteoporóticas agudas ou em progressão com grau de achatamento de até 70% do corpo vertebral.

3.22.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

kit para vertebroplastia composto de:

- 01(uma) cânula de punção de corpo vertebral;
- 01(um) tubo conector;
- 01 (uma) seringa;
- 01 (um) recipiente de mistura;
- 01 (uma) espátula; e
- 01 (um) cimento cirúrgico para vertebroplastia.

ou

- 01 (um) conjunto cifoplastia;
- 02 (duas) agulhas guia p/osso;
- 01 (um) misturador cimento;
- 20 (vinte) gramas de cimento;

- 01 (uma) seringa expansora;
- 01 (uma) cureta;
- 02 (duas) cânulas p/cimento;
- 01 (uma) agulha biópsia;
- 01 (um) sistema introdução óssea; e
- 02 (dois) balões c/manômetro digital com sistema de injeção de cimento à distância para evitar exposição radiológica.

3.22.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência para controle da dor e impedir deformidade.

3.22.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Raios-X de coluna; TC de coluna e RNM de coluna (esta última para evidenciar fratura aguda). Em casos de fraturas progressivas, apresentar os exames de imagem que confirmem a progressão da deformidade ao longo do tempo.

3.22.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS VERTEBRAIS OSTEOPORÓTICAS OU PATOLÓGICAS / TRATAMENTO PERCUTÂNEO POR “CIMENTAÇÃO” OU “STENT” VERTEBRAL

- 3.07.15.28-8 - Substituição de corpo vertebral; e
- 3.07.15.16-4 - Tratamento cirúrgico da fratura de coluna (código utilizado para redução ou alinhamento vertebral).

3.23 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM COLUNA VERTEBRAL

3.23.1 INDICAÇÃO

Retirada de corpo estranho.

3.23.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e

- 01 (um) selante de dura-máter.

3.23.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência ou emergência (casos com déficits neurológicos).

3.23.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia, RNM e ou raios-x de coluna.

3.23.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM COLUNA VERTEBRAL

- 3.07.15.19-9 - Laminectomia;

- 3.07.15.26-1 - Retirada de corpo estranho; e

- 3.07.15.09-1 - Descompressão mielorradicular.

3.24 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE IMPLANTES/PSEUDOARTROSE DE COLUNA

3.24.1 INDICAÇÃO

Retirada de implantes e tratamento da pseudoartrose de coluna.

3.24.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) substituto sintético para dura-máter; e

- 01 (um) selante de dura-máter.

3.24.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de eletivo.

3.24.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Raios-x, Tomografia e RNM de coluna.

3.24.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE IMPLANTES/PSEUDOARTROSE DE COLUNA

- 3.07.15.24-5 - Tratamento cirúrgico Pseudoartrose de coluna;
- 3.07.15.27-0 - Retirada de material de síntese; e
- 3.07.15.19-9 - Laminectomia.

3.25 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RIZOTOMIA FACETARIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA

3.25.1 INDICAÇÃO

- a) Dor crônica lombar e síndrome facetária.
- b) Cobertura obrigatória para pacientes com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

- Grupo I

- 1) limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas;
- 2) redução >50% da dor referida medida pela VAS após infiltração facetária utilizando anestésico local; e
- 3) falha no tratamento conservador adequado.

- Grupo II

- 1) cirurgia espinhal prévia no segmento analisado;
- 2) hérnia discal; e
- 3) sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas.

- c) Cobertura obrigatória para pacientes com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico.

d) Pacientes portadores de nevralgia de nervo Trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses.

Contraindicação: critérios do grupo II, instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica.

3.25.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 04 (quatro) unidades de agulha para rizotomia de faceta por radiofrequência (tamanho 120mm x 1,5mm, aço inoxidável, ponta com 5mm, estéril, descartável, embalagem individual por procedimento);
- 01 (um) eletrodo para rizotomia; e
- 01 (um) par de luva radiopaca.

3.25.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

3.25.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna lombar.

3.25.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RIZOTOMIA FACETARIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA

- 3.14.03.33-6 -Rizotomia percutânea por segmento- qualquer método, por vértebra isolada e sem lateralidade;
- 3.14.03.03-4 -Denervação percutânea de facetas articulares;
- 4.08.13.36-3 - Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular; e
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico.

3.26 DA AUTORIZAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

3.26.1 INDICAÇÃO

a) Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

1) refratariedade ao tratamento medicamentoso; e

2) não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso.

b) Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

1) refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback); e

2) teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral.

c) Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

1) a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;

2) sem resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por no mínimo 6 meses; e

3) teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

3.26.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

01 (um) sistema de Neuroestimulação para terapia da dor, implantável com bateria de lítio.

3.26.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo

3.26.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

RNM de coluna, Raio-X dinâmico, Tomografia, Eletroneuromiografia e Avaliação psicológica e/ou psiquiátrica.

3.26.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

- 3.14.03.14-0 - Implante de gerador para neuroestimulação.

3.27 DA AUTORIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA- OPERATÓRIA

3.27.1 INDICAÇÃO

Tem como princípio métodos neurofisiológico que mapeiam e monitorizam as funções das estruturas do sistema nervoso central e periférico sob risco em uma dada cirurgia, auxiliando o cirurgião na identificação de estruturas neurológicas específicas, reduzindo riscos de déficit neurológico.

3.27.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

Kit para monitorização cirúrgica e estimulação para coluna cervical, lombar, crânio, tumor, epilepsia que inclui:

- 01 (um) eletrodo tipo agulhas subdérmicas isoladas com extensão de 7 até 22 mm;
- 01 (um) cabo de 1 a 2,5 m;
- 01 (um) eletrodo agulhas subdérmicas par trançado com extensão de 7 até 22 mm;
- 01 (um) cabo de 1 a 2,5m;
- 01 (um) eletrodo tipo corkscrew com extensão do cabo de 1 até 2,5m;
- 01(um) eletrodo de superfície adesivo de laringe;
- 01 (um) eletrodo adesivo de superfície para estimulação de nervo periférico; e
- 01 (um) sonda estimuladora mono e bipolares.

3.27.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

3.27.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

O exame de Eletroneuromiografia pode auxiliar na determinação de lesões em nervo periférico antes do procedimento cirúrgico, porém não é de caráter obrigatório. A RNM de neuro-eixo com laudo, pode auxiliar na localização precisa das lesões no sistema nervoso central.

3.27.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA- OPERATÓRIA

- 2.02.02.04-0 - Monitorização neurofisiológica intra-operatório.

CAPÍTULO IV

CÓDIGOS COMPLEMENTARES EM CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL

4.1 CÓDIGOS SUPLEMENTARES - Os códigos abaixo, por terem uma ampla variedade de utilização, podem ser adicionados, de forma complementar, aos procedimentos contidos nos capítulos anteriores (3.2 a 3.25), sem que haja prejuízo aos demais códigos já incluídos, nos procedimentos listados anteriormente. São eles:

4.1.1 Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - 30715024. Habitualmente, utiliza-se esse código, associado ao código 30715016, na artrodese circunferencial (360°), por vias combinadas ou pela mesma via. Exemplo: Artrodese L4-L5 póstero-lateral com parafusos pediculares e enxerto, combinada com artrodese Inter somática com cages intervertebrais, por via posterior.

4.1.2 Osteotomia da coluna vertebral - 30715229. Esse código é utilizado em cirurgias de deformidades de coluna vertebral, representando a ressecção parcial ou total de elementos vertebrais – facetas vertebrais ou corpo vertebral, para facilitar a correção de deformidades e angulações da coluna. Esse procedimento também é multiplicado por cada nível operado.

4.1.3 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) - 40811026. A maioria dos procedimentos em coluna vertebral é realizada sob a visão da radioscopia transoperatória, exigindo do cirurgião de coluna a interpretação contínua das imagens, durante o procedimento cirúrgico. Esse procedimento é multiplicado pelo tempo total do procedimento, em horas e frações.

4.1.4 Enxerto ósseo - 30732026. Para obtenção de enxerto autólogo, durante os procedimentos de fusão e artrodese vertebral, faz-se necessário à remoção de fragmentos ósseos do próprio paciente, durante o ato cirúrgico principal. A obtenção do enxerto pode ser através de osteotomias do osso ilíaco ou utilizando fragmentos ósseos dos elementos posteriores vertebrais, como processo espinhoso, lâminas ou facetas.

CAPITULO V

NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR

5.1 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA CEREBRAL

5.1.1 INDICAÇÃO

a) Aneurismas cerebrais da circulação posterior tem indicação primária, tratamento endovascular, devido a menor morbidade e mortalidade do método por este segmento. Pacientes com aneurisma do segmento cavernoso deverão ser tratados preferencialmente por via endovascular.

b) Aneurismas cerebrais da circulação anterior terão sua decisão terapêutica baseada, em diversos fatores, tais como, hipertensão arterial, aneurismas múltiplos, hemorragia subaracnóidea prévia, doenças associadas (rins policístico, tabagismo).

c) Paciente com expectativa de vida maior que dez anos, tem a microcirurgia como tratamento preferencial.

d) Nos casos de aneurismas gigantes, aneurismas de colo largo, fusiforme e micóticos ou MAVs deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

5.1.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 04 (quatro) Clips de aneurismas temporários;
- 04 (quatro) Clips de aneurisma permanente;
- 01 (um) Indocianina verde (ICG);
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);

- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Alternativa para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.1.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Eletivo, nos casos de Aneurisma não roto ou MAV não roto.

5.1.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital (angiografia digital realizada por neuroradiologista ou neurocirurgião).

5.1.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA CEREBRAL

- 3.14.01.17-1 - Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.02.07.07-0 - Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação;
- 3.03.02.10-2 - Reconstituição de paredes orbitárias; e
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação de músculo temporal.

5.2 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA CEREBRAL ou MAV ROTOS

5.2.1 INDICAÇÃO

Cirurgia aberta para tratamento de aneurisma (clipagem ou wrapping) ou MAV (ressecção) com drenagem de hemorragia intracraniana (subaracnóidea, subdural, extradural, intraparenquimatoso).

5.2.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 04 (quatro) Clips de aneurismas temporários;
- 04 (quatro) Clips de aneurisma definitivos;
- 01 (um) Indocianina verde (ICG);
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (uma) Pinça bipolar com ponteira isotérmica e respectiva manopla;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;

- 04 (quatro) mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo;
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva; e
- 01 (um) kit de monitorização intracraniana e/ou derivação ventricular externa, quando necessário.

Alternativa para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.2.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência.

5.2.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital.

5.2.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA CEREBRAL ou MAV ROTOS

- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.14.01.17-1 - Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.14.01.30-9 - Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano;
- 3.14.01.24-4 - Terceiro-Ventriculostomia;
- 3.14.01.05-8 - Derivação Ventricular Externa;
- 3.14.01.08-2- Implante de cateter intracraniano;
- 3.14.01.10-4 - Implante de eletrodos medular ou cerebral;

- 2.02.02.06-7 - Monitorização da pressão intracraniana;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.02.07.07-0 - Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação;
- 3.03.02.10-2 - Reconstituição de paredes orbitárias; e
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal.

Observação 1: Incluir códigos quando necessário implantar cateter de DVE/PIC para drenagem liquórica e/ou monitorização da PIC.

Observação 2: Incluir códigos quando realizado acesso Fronto-Orbita-Zigomático.

5.3 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA

5.3.1 INDICAÇÃO

Cirurgia aberta por via cervical anterolateral da estenose de carótida crítica e/ou sintomática desobstrução intraluminal da artéria carótida e restituição do fluxo sanguíneo.

5.3.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;

- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 04 (quatro) Fios não absorvíveis especiais para sutura arterial;
- 01 (um) cadarço vascular (“*Vessel loop*”);
- 01 (uma) Fita cardíaca;
- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo; e
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

5.3.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento Eletivo.

5.3.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia e Angiografia digital (angiografia digital realizada por neuroradiologista ou neurocirurgia), ecodoppler de carótidas no pescoço.

5.3.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA

- 3.02.12.01-4 - Cervicotomia exploradora;
- 3.09.06.19-9 - Endarterectomia carotídea - cada segmento tratado;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral; e
- 3.09.06.21-0 - Ligadura de carótidas ou ramos.

5.4 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS INDIRETO

5.4.1 INDICAÇÃO

a) Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Moyamoya) incluindo encéfalo-duro-artério sinangiose e/ou encéfalo-mio-sinangiose.

b) Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral.

5.4.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (um) cadarço vascular (“*Vessel loop*”);
- 01 (uma) Fita cardíaca;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo; e

- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva.

Alternativas para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.4.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo

5.4.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Angioressonância, Angiotomografia e Angiografia digital (angiografia digital realizada por neuroradiologista ou neurocirurgião) cerebral, ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.4.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS INDIRETO

- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.14.01.17-1 - Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.09.06.43-1 - Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral;
- 3.07.05.06-1 - Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal; e
- 4.09.02.06-4 - Doppler colorido intra-operatório.

5.5 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (ATS – ACM) – BAIXO FLUXO

5.5.1 INDICAÇÃO

a) Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Doença de Moyamoya) ou aneurisma complexos através da anastomose de baixo fluxo entre a artéria temporal superficial (ATS) e artéria cerebral média (ACM).

b) Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral.

5.5.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (um) Cadarço vascular (“Vessel loop”);
- 01 (uma) Fita cardíaca;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;
- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;

- 16 (dezesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio 16
- 01 (um) Cimento ósseo - metil metacrilato 10 g;
- 01 (um) Dreno a vácuo para subcutâneo;
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva; e
- 04 (quatro) Fios de mononylon nº 8 ou nº 10 com agulha cilíndrica.

Alternativa para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.5.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

5.5.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Exames da Indicação Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia e Angiografia digital (Angiografia digital realizada por neuroradiologista ou neurocirurgião) cerebral, ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.5.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (ATS – ACM) – BAIXO FLUXO

- 3.09.01.09-0 - Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo);
- 3.14.01.17-1 - Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.09.06.43-1 - Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial;
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal; e

- 4.09.02.06-4 - Doppler colorido intra-operatório.

5.6 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (ACE – ACI) – ALTO FLUXO

5.6.1 INDICAÇÃO

a) Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Doença de Moyamoya) ou aneurisma complexos com anastomose de alto fluxo entre artéria carótida externa (ACE) e interna (ACI). Utilizado enxerto vascular da artéria radial ou veia safena.

b) Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral.

5.6.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;

- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;

- 01 (um) Cadarço vascular (“*Vessel loop*”);

- 01 (uma) Fita cardíaca;

- 01 (uma) Broca de parada automática tipo *Smith* ou tipo *Hudson*;

- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;

- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;

- 01 (uma) Cera hemostática para osso;

- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;

- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;

- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;

- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);

- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo;
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva; e
- 04 (quatro) Fios de mononylon nº 8 ou 10 com agulha cilíndrica.

Alternativa para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.6.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

5.6.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital (Angiografia digital realizada por neuroradiologista ou neurocirurgião) e ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.6.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (ACE – ACI) – ALTO FLUXO

- 3.09.01.09-0 - Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo);
- 3.14.01.17-1 - Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.09.06.43-1 - Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral;
- 3.04.04.12-6 - Ressecção do osso temporal;
- 3.01.01.68-9 - Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.09.06.35-0 - Pontes transcervicais – qualquer tipo;

- 3.09.06.37-7 - Preparo de veia autóloga para remendos vasculares;
- 4.09.02.06-4 - Doppler colorido intra-operatório;
- 3.14.01.26-0 - Tratamento cirúrgico da fístula liquórica;
- 3.02.15.04-8 - Reconstrução craniana ou craniofacial; e
- 3.02.10.10-0 - Reconstrução com rotação do músculo temporal.

5.7 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (SISTEMA VÉRTEBRO BASILAR)

5.7.1 INDICAÇÃO

- a) Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas ou aneurisma complexos do sistema vértebro basilar com anastomose entre ramos da artéria carótida externa (ACE) e artéria vertebral (AV). Utilizado enxerto vascular da artéria occipital, radial ou veia Safena.
- b) Redirecionar e restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral.

5.7.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (um) Campo cirúrgico adesivo estéril;
- 01 (uma) Capa de microscópio neurocirúrgico;
- 01 (um) Cadarço vascular (“Vessel loop”);
- 01 (uma) Fita cardíaca;
- 01 (uma) Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson;
- 01 (um) Instrumento de corte esférico para drilagem;
- 01 (uma) Fresa para craniótomo adulto ou infantil;
- 01 (uma) Cera hemostática para osso;

- 01 (um) Hemostático em polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina;
- 01 (um) Hemostático absorvível de colágeno;
- 01 (uma) Esponja de gelatina absorvível;
- 01 (um) Kit de Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande);
- 01 (uma) Cola biológica ou selante dural 5 ml;
- 01 (uma) Tela de matriz colágena absorvível e maleável;
- 04 (quatro) Mini placas de fechamento de crânio;
- 16 (dezesesseis) Parafusos de titânio para fechamento de crânio;
- 01 (um) Cimento ósseo (metil metacrilato 10 g);
- 01 (um) Dreno à vácuo para subcutâneo;
- 01 (um) Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesiva; e
- 04 (quatro) Fios de mononylon nº 8 ou 10 com agulha cilíndrica.

Alternativa para Mini placas e parafusos:

- 04 (quatro) Botões de osteossíntese.

5.7.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

5.7.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital cerebral e ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.7.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE BYPASS DIRETO (SISTEMA VÉRTEBRO BASILAR)

- 3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo);

- 3.14.01.17-1 Microcirurgia vascular intracraniana;
- 3.09.06.43-1 Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral;
- 3.09.06.44-0 Tratamento cirúrgico de síndrome vértebro basilar;
- 3.01.01.68-9 Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica;
- 3.09.06.35-0 Pontes transcervicais – qualquer tipo;
- 3.09.06.37-7 Preparo de veia autóloga para remendos vasculares;
- 4.09.02.06-4 Doppler colorido intra-operatório;
- 3.14.01.26-0 Tratamento cirúrgico da fístula liquórica; e
- 3.02.15.04-8 Reconstrução craniana ou craniofacial.

5.8 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 4 VASOS

5.8.1 INDICAÇÃO

- a) Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares.
- b) Realizado de rotina, cateterismo das 2 (duas) artérias carótidas internas e seus ramos mais 2 (duas) artérias vertebrais e seus ramos.

5.8.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral; e

- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão).

5.8.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.8.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.8.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 4 VASOS

- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (código x 4);

- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;

- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (código x 4);

- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;

- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;

- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral*;

- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e

- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessário, o teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

5.9 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 6 VASOS

5.9.1 INDICAÇÃO

a) Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares.

b) Realizado de rotina: cateterismo das 2 artérias carótidas internas, mais 2 carótidas externas e seus ramos, mais 2 artérias vertebrais e seus ramos, totalizando 6 vasos.

5.9.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral; e
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão).

5.9.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.9.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.9.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 6 VASOS

- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por Vaso (valor x6);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x6);
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral * ;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e

- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessário, o teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

5.10 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE - TRATAMENTO ENDOVASCULAR

5.10.1 INDICAÇÃO

- a) Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares.
- b) Sangramento nasal não controlado por métodos habituais.
- c) Cateterismo da artéria carótida externa e ramos.

5.10.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (uma) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Microguia;
- 01 (um) Microcateter;
- 03 (três) Agente Embolizador; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.10.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.10.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

TC de crânio, RNM de Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.10.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE - TRATAMENTO ENDOVASCULAR

- 4.08.13.58-4 - Embolização para tratamento de epistaxe;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral;
- 3.09.12.21-0 - Retirada percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1:*Quando necessário, a retirada de material endovascular.

5.11 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NÃO-ROTO

5.11.1 INDICAÇÃO

Oclusão intraluminal de aneurisma cerebral por método endovascular. Contraindicado nos casos de coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica.

5.11.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (uma) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 01 (um) Microfioquia;
- 01 (um) Microcateter;
- 01 (um) a 10 (dez) Espirais/Micro molas para embolização (3D, helicoidal);
- 01 (uma) a 02 (duas) Prótese(s) - *Stent* auto expansível intracraniana;
- 01 (um) Cateter balão não destacável (remodelagem ou teste oclusão); e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

Observação: Para o uso de direcionador de fluxo deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

5.11.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo.

5.11.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.11.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA A AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NÃO-ROTO

O valor deste procedimento deverá ser multiplicado pelo número de aneurismas tratados na mesma sessão. Valor x 4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 4.08.13.54-1 Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso;
- 4.08.13.19-3 Colocação de Stent em ramo intracraniano - por vaso *;
- 4.08.13.06-1 Angioplastia de ramo intracraniano **;
- 4.08.12.05-7 Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (código x 4);
- 4.08.12.04-9 Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (código x 4);
- 3.09.11.09-5 Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.06-5 Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.03-0 Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.02-2 Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral***;
- 3.09.12.21-0 Retira percutânea de corpos estranhos vasculares****;
- 4.08.11.02-6 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1: * Manobra necessária para auxiliar na sustentação durante a inserção de colis dentro do aneurisma e/ou tratamento de estenose vascular intracraniana.

Observação 2: ** Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasma.

Observação 3: *** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis.

Observação 4: **** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.12 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL ROTO

5.12.1 INDICAÇÃO

Oclusão intraluminal de aneurisma cerebral por método endovascular.

5.12.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 01 (um) Microfioquia;

- 01 (um) Microcatater;
- 01 (um) a 10 (dez) Espirais / Micro molas para embolização (3D, helicoidal);
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (remodelagem ou teste oclusão);
- 01 (um) Selador hemostático ancorado; e
- 01 (uma) a 02 (duas) Prótese (s) - *Stent* auto expansível intracraniana.

Observação: O uso de direcionador de fluxo deverá ser solicitado parecer técnico da Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

5.12.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência.

5.12.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

TC do crânio, RNM do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.12.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL ROTO

O valor deste procedimento deverá ser multiplicado pelo número de aneurismas tratados na mesma sessão. Valor x4 nos códigos abaixo se justifica pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 4.08.13.54-1 - Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso;
- 3.09.10.02-1 - Aneurismas rotos ou trombosados – outros;
- 4.08.13.06-1 - Angioplastia de ramo intracraniano*;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x 4);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x 4);
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;

- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral**;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1:* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasma.

Observação 2: ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

Observação 3: *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.13 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)

5.13.1 INDICAÇÃO

Oclusão ou redução intraluminal de MAV cerebral por método endovascular.

5.13.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);

- 01 (um) Conjunto dilatador/introductor vascular (curto / longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introductor longo;
- 03 (três) Microfioguia;
- 03 (três) Microcateter;
- 03 (três) Agente Embolizador;
- 01 (um) a 10 (dez) Espirais/Micro molas para embolização (3D, helicoidal);
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (remodelagem ou teste oclusão); e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.13.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência. A indicação do procedimento deverá ser avaliada pela Câmara Técnica de Neurocirurgia da Diretoria de Saúde.

5.13.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digita e Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.13.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)

O Valor final será multiplicado por vasos embolizados do nidus da MAV. O Valor x 4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;

- 4.08.13.56-8 - Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular – por vaso;
- 4.08.13.57-6 - Embolização de fístula AV em cabeça, pescoço ou coluna -por vaso;
- 4.08.13.54-1 - Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x 4);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x 4);
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.13.06-1 - Angioplastia de ramo intracraniano*;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral**;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1:* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasmos.

Observação 2: ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

Observação 3: *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.14 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

5.14.1 INDICAÇÃO

Oclusão ou redução intraluminal de Fistula CarotidoCavernosa por método endovascular.

5.14.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 03 (três) Microfioquia;
- 03 (três) Microcateter;
- 03 (três) Agentes Embolizador;
- 01 (um) a 10 (dez) Espirais / Micro molas para embolização (3D, helicoidal);
- 01 (um) Cateter balão não destacável (remodelagem ou teste oclusão); e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.14.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.14.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.14.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

O Valor final será multiplicado por vasos embolizados da FAV. O Valor x 4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.13.57-6 - Embolização de fístula AV em cabeça, pescoço ou coluna -p/ vaso;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x 4);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x 4);
- 4.08.13.28-2 - Colocação de Stent para tratamento de fístula arteriovenosa;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle
- 4.08.13.15-0 - Angioplastia de tronco venoso*;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral**;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)

Observação 1:* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasmos.

Observação 2: ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

Observação 3: *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.15 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE VASCULAR INTRACRANIANA

5.15.1 INDICAÇÃO

Dilatação e remodelação intraluminal de vasos intracranianos por angioplastia endovascular.

5.15.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 01 (um) Microfio guia;
- 01 (um) Microcateter;
- 01 (uma) a 02 (duas) Próteses (Stent) auto expansível intracraniana;

- 01 (um) Cateter balão para angioplastia de vasos intracranianos; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.15.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência

5.15.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.15.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE VASCULAR INTRACRANIANA

O Valor final será multiplicado por vasos angioplastados por territórios vasculares diferentes. O Valor x 4 nos códigos acima se justifica pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 4.08.13.19-3 - Colocação de Stent em ramo intracraniano - por vaso;
- 4.08.13.06-1 - Angioplastia de ramo intracraniano;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x 4);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x 4);
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral*;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares**;

- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e

- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1: * Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar a patência de anastomose no polígono de Willis.

Observação 2: ** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.16 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOPLASTIA DO VASOESPASMO INTRACRANIANO

5.16.1 INDICAÇÃO

Dilatação e remodelação intraluminal de vasos intracranianos por angioplastia endovascular.

5.16.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 01 (um) Microfio guia;
- 01 (um) Microcateter;

- 01 (uma) a 02 (duas) Prótese (*Stent*) auto expansível intracraniana;
- 01 (um) Cateter balão para angioplastia de vasos intracranianos; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.16.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.16.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodopller de carótidas (pescoço).

5.16.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ANGIOPLASTIA DO VASOESPASMO INTRACRANIANO

O Valor final será multiplicado por vasos angioplastados por territórios vasculares diferentes. O Valor x 4 nos códigos abaixo se justifica pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais).

- 4.08.13.06-1 - Angioplastia de ramo intracraniano;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4);
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4);
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e

- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: ** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.

5.17 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO

5.17.1 INDICAÇÃO

a) Cateterismo de ramos da artéria carótida interna e/ou externa para tumores altamente vascularizados antes da cirurgia de ressecção do tumor.

b) Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutridores de Neoplasia de cabeça e pescoço para redução de seu volume ou preparo pré-cirúrgico.

5.17.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 03 (três) Microfioguia;
- 03 (três) Microcateter;
- 03 (três) Agente Embolizador; e

- 01 (um) Selador hemostático ancorado;

5.17.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.17.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.17.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO

- 4.08.13.78-9 - Embolização de tumor de cabeça e pescoço;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso;
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessária retirada de material endovascular.

5.18 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANGIOMA DE FACE

5.18.1 INDICAÇÃO

- a) Cateterismo da artéria carótida externa e seus ramos para embolização de angioma de face.

- b) Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutridores de angioma da face para redução de seu volume ou preparo pré-cirúrgico.

5.18.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;

- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);

- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);

- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;

- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;

- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);

- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;

- 01 (um) Introdutor longo;

- 03 (três) Microfioguia;

- 03 (três) Microcateter;

- 03 (três) Agentes Embolizador; e

- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.18.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.18.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.18.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANGIOMA DE FACE

- 4.08.13.71-1 - Embolização de fístula arteriovenosa não especificada;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso;
- 4.08.13.05-3 - Alcoolização percutânea de angioma;
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.10.02-0 - Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessária retirada de material endovascular.

5.19 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EMBOLIZAÇÃO DE CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO

5.19.1 INDICAÇÃO

- a) Cateterismo de ramos da aorta/artérias intersegmentares.
- b) Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutridores de cisto ósseo aneurismático para redução de seu volume ou preparo pré cirúrgico.

5.19.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 03 (três) Microfioguia;
- 03 (três) Microcateter;
- 03 (três) Agentes Embolizador; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.19.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.19.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.19.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EMBOLIZAÇÃO DE CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO

- 4.08.13.80-0 - Embolização de tumor ósseo ou de partes moles;
- 4.08.13.81-9 - Embolização de tumor não especificado;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso;
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessária retirada de material endovascular.

5.20 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE DE CARÓTIDA CERVICAL

5.20.1 INDICAÇÃO

a) Tratamento endovascular da estenose crítica e sintomática da artéria carótida cervical.

b) Dilatação e remodelação intraluminal de artéria carótida cervical por angioplastia endovascular.

5.20.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;
- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introdutor longo;
- 01 (um) Microfioguia;
- 01 (um) Sistema de captura de êmbolos (filtro);
- 01 (um) Cateter balão para angioplastia de vasos cervicais; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.20.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento eletivo ou de urgência.

5.20.4 EXAMES COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.20.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE DE CARÓTIDA CERVICAL

- 4.08.13.07-0 - Angioplastia de tronco supra aórtico;
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso;

- 4.08.13.20-7 - Colocação de Stent em tronco supra aórtico;
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação: *Quando necessária retirada de Stent ou outro material endovascular.

5.21 DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO TROMBECTOMIA MECÂNICA

5.21.1 INDICAÇÃO

- a) Desobstrução intraluminal arterial na circulação cerebral.
- b) Tratamento endovascular do AVC agudo com a retirada de trombo, angioplastia e Stent.

5.21.2 ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE

- 01 (uma) Agulha de punção arterial;
- 01 (um) Guia hidrofílico (para introdutor);
- 01 (um) Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo);
- 01 (um) Fio guia com cobertura hidrofílica;

- 01 (um) Cateter diagnóstico para angiografia cerebral;
- 01 (um) Cateter balão não-destacável (teste oclusão);
- 01 (um) Cateter guia para procedimentos neuroradiológicos;
- 01 (um) Introduutor longo;
- 01 (um) Microfioguia;
- 01 (um) Microcateter;
- 01 (um) Dispositivo para trombectomia mecânica; e
- 01 (um) Selador hemostático ancorado.

5.21.3 CARÁTER DO PROCEDIMENTO

Procedimento de urgência.

5.21.4 COMPROBATÓRIOS

Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angioressonância, Angiotomografia, Angiografia digital, Ecodoppler de carótidas (pescoço).

5.21.5 HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS PARA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO TROMBECTOMIA MECÂNICA

- 4.08.13.19-3 - Colocação de Stent em ramo intracraniano - por vaso
- 3.09.11.09-5 - Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos
- 4.08.12.05-7 - Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso
- 4.08.13.07-0 - Angioplastia de tronco supra aórtico;
- 4.08.13.06-1 - Angioplastia de ramo intracraniano;
- 4.08.13.20-7 - Colocação de Stent em tronco supra aórtico*;
- 3.09.10.08-0 - Embolectomia ou trombolectomia arterial;
- 4.08.14.04-1 - Trombólise medicamentosa em troncos supra aórtico e intracranianos;

- 4.08.12.04-9 - Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso;
- 4.08.12.03-0 - Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 4.08.12.06-5 - Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 4.08.12.07-3 - Angiografia pós-operatória de controle;
- 4.08.12.02-2 - Angiografia por punção;
- 3.09.12.21-0 - Retira percutânea de corpos estranhos vasculares**;
- 4.08.11.02-6 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico; e
- 3.01.01.23-9 - Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT).

Observação 1: *Quando necessário implantar Stent.

Observação 2: **Quando necessário retirar Stent ou outro material endovascular.