

Manual de Auditoria Médica



MANUAL DE AUDITORIA FASERV 2025

Esse manual tem como objetivo estipular regras que serão aplicadas pela Auditoria do FASERV, na análise pré e pós autorização nas guias dos beneficiários do Fundo.

As regras em questão contemplam várias especialidades médicas, e o mesmo pode ser atualizado constantemente, mediante necessidade do FASERV.

1) ALERGIA E IMUNOLOGIA

Para os testes de contato, é remunerado o teste de contato ou teste de contato com fotossensibilização até 30 substâncias por meio dos códigos (41401425 — Testes de contato até 30 substâncias ou 41401441 — Testes de contato por fotossensibilização até 30 substâncias). Outras substâncias, acima de 30, podem ser necessárias.

Os códigos dos testes cutâneo-alérgicos incluem os antígenos testados por grupo e não por alérgeno, atendendo ao disposto na CBHPM.

2) ANESTESIOLOGIA

Para cirurgias que tenham duração acima de 6 horas, o anestesista responsável poderá solicitar um auxiliar (também anestesista), quando houver necessidade. Cabe à auditoria analisar a solicitação, verificando a duração e a complexidade do procedimento. Atualmente, as cirurgias bariátricas, raramente, excedem 3 horas, por esse motivo não serão remunerados o anestesista auxiliar nesses casos.

2.1) Anestesia para procedimentos sem porte anestésico

Quando houver necessidade da participação do anestesista em procedimentos clínicos ambulatoriais ou hospitalares, os atos médicos praticados pelo anestesista serão valorados por meio do código 31602312, JUNTAMENTE À COBRANÇA DO PORTE ZERO.

Para procedimentos diagnósticos e intervencionistas, existem códigos específicos de anestesia na tabela.

3) ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS COM PARTICIPAÇÃO DO ANESTESISTA

No caso de realização de exame endoscópico diagnóstico e respectivo exame endoscópico intervencionista na mesma via (exemplo: endoscopia e polipectomia), será remunerado apenas o procedimento intervencionista.

Quando houver a necessidade da participação de anestesiista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao código 31602231- Anestesia para endoscopia diagnóstica. Quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao código 31602240 - Anestesia para endoscopia intervencionista

4) Troca de sonda de Gastrostomia

A remuneração da troca de sonda de gastrostomia se dará de acordo com seguintes critérios: se for necessária a troca de sonda será remunerada consulta em consultório, consulta em pronto socorro ou visita hospitalar de acordo com o local da realização acrescidos do honorário médico 20104103 - CURATIVOS EM GERAL SEM ANESTESIA, EXCETO QUEIMADOS. Se a gastrostomia original for endoscópica a troca deverá ser remunerada através de uma nova gastrostomia endoscópica, acrescido do exame de imagem correspondente.

5) CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Exames angiográficos — percentualização e exclusão:

- Honorários médicos: 100% e 50%.

Os códigos abaixo foram considerados não excludentes, conforme o objetivo pelo qual foram criados:

- 40812022 Angiografia por punção ou;
- 40812030 Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso;
- 40812065 Angiografia transoperatória de posicionamento;
- 40812073 Angiografia pós-operatória de controle.

5.1) Codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico



As codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico são as elencadas abaixo. Os procedimentos abaixo não podem ser cobrados simultaneamente.

- 30911044 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica;
- 30911052 Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio;
- 30911060 Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar;
- 30911079 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia;
- 30911087 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros;
- 30911095 Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos;
- 30911109 Cateterização cardíaca E por via transeptal.

6) CIRURGIA GERAL e VISITAS HOSPITALARES

- Cirurgias realizadas através da mesma via de acesso: 100% + 50%;
- Cirurgias realizadas através de vias de acesso diferente: 100% + 70%;
- Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas, será atribuído o porte de acordo com o procedimento realizado;
- Os procedimentos cirúrgicos incluem as visitas pós-operatórios relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico;
- Não cabe remuneração de profissional clínico para visitas pós-operatórias sem justificativa;
- Não serão remuneradas visitas de médicos do pronto socorro;
- Em procedimentos eletivos com cirurgia agendada não cabe cobrança de visita no pré-operatório.

6.1) Laparotomia exploradora

O código da laparotomia exploradora visando biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas não será remunerado, quando associado ao código específico para tratamento da patologia. Irá constar na tabela de excludentes do FASERV.

6.2) Obesidade mórbida



Procedimentos com pré-requisitos de autorização. Serão solicitados TODOS os documentos necessários. Apenas assim, será procedida a avaliação da pertinência da cirurgia. Relatórios de profissionais sem registro de especialidade não serão aceitos, a exceção da psiquiatria, devido à falta de profissionais credenciados ao FASERV.

6.3) Tumores do cólon e reto

Nas cirurgias realizadas para remoção de tumores no cólon, deve-se considerar para remuneração apenas o código correspondente ao segmento do intestino que será retirado. A retirada dos linfonodos próximos (pericólicos e mesocólicos) e a reconstrução do trato intestinal já estão incluídas no procedimento e, portanto, não devem ser cobradas separadamente.

Da mesma forma, nos casos em que for necessária uma cirurgia de abaixamento, a remuneração deve se restringir ao código específico desse procedimento, já que a remoção do segmento do cólon, a linfadenectomia e a reconstrução também estão incorporadas nessa técnica, conforme orientações do Colégio Brasileiro de Cirurgia.

6.4) Cobertura para cirurgia de mama

O FASERV irá adotar a regra de que não há cobertura para cirurgia plástica estética. Os códigos relacionados a esses procedimentos têm cobertura em casos de ferimentos traumáticos e tumores. A análise da pertinência deles se dará conforme relatório médico e análise da auditoria médica.

6.5) Dermolipectomia

Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago). Código remunerado é 0 30101271 Dermolipectomia para correção de abdômen em avental.

6.6) Toracostomia com drenagem torácica

Remunerado somente se for o procedimento principal. Não pode ser cobrado caso se trate de etapa de outro procedimento principal ou inerente a ele.

6.7) Sympatectomia

A sympatectomia por hiper-hidrose deve ser liberada com base nas seguintes indicações médicas:

- Idade: Maior ou igual a 16 anos, com Termo de Ciência obrigatório devidamente assinado pelo usuário/ responsável;
- Indicação: Palmar - quando funcional axilar — somente quando o usuário manifestou a doença palmar também.

A liberação dessa cirurgia está condicionada à realização obrigatória da perícia médica.

6.8) Acesso venoso central

Na UTI: Será permitida a cobrança dos procedimentos desde que esses não sejam realizados pelo plantonista da UTI, sendo eles os códigos 40813231 e 30913012.

Cabe remuneração do plantonista quando este implantar cateter de hemodiálise. No Centro cirúrgico: O acesso venoso central realizado no centro cirúrgico por anestesista deve ser remunerado a parte, respeitando se a via de acesso.

6.9) Implante de cateter venoso central por ultrassonografia

Quando esses procedimentos forem guiados por ultrassonografia, o código 40901211 - US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) deve ser pago concomitantemente.

6.10) Hérnia de disco sintomática, sem estenose osteoligamentar e sem instabilidade

Remunerada pelo código 30715180. A discectomia/microdiscectomia refere-se à retirada total ou parcial (núcleo pulposos) do disco acometido por uma doença herniária, quando essa causa ou contribui para compressão de tecidos nervosos (estenose de canal ou radiculopatia). Há ainda indicação quando é causa de dor discogênica intratável. É remunerada por segmento vertebral. O acesso ao disco é realizado através de laminectomia ou laminotomia.

6.11) Complementações de códigos

- A laminectomia (código 30715199) é o procedimento remunerado por vértebra para remoção da lâmina posterior das vértebras, e pode ser total ou parcial. A cirurgia de descompressão posterior pode se resumir apenas a esse procedimento, às vezes, pedido também pela codificação de descompressão medular e/ou cauda equina. Apesar de poder descomprimir a medula, não deve ser remunerado por tratamento de hérnia e/ou tratamento microcirúrgico de canal estreito. Fica em duplicidade com a codificação de descompressão medular e/ou cauda equina e vice-versa. Como via de acesso, é parte integrante do procedimento principal no tratamento da hérnia/canal estreito/espondilolistese.
- A descompressão medular (código 30715091) é excludente quando associada ao código 30715369 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento ou 30715393 - Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ou 30715180 - Hérnia de disco tóraco-lombar tratamento cirúrgico por segmento, por se tratar de fase obrigatória ou decomposição do procedimento principal. Essa codificação, quando remunerável, é por cirurgia.
- A colocação de enxerto ósseo pósterio-lateral (pedículos e processos transversos) elou intervertebral .com ou sem cages, anterior ou posterior) são fases obrigatórias para a fusão, ato proposto pela artrodese.
- A remuneração do código 30713072 (retirada de enxerto ósseo) é prevista quando é realizada a retirada de enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico como, por exemplo, da crista ilíaca. A codificação 30732026 - Enxerto ósseo refere-se à colocação de enxerto ósseo, que é ato incluso no processo de fusão intervertebral, remunerado pelas codificações de artrodese. Não deve ser usado como sinônimo de 30713072.
- Os códigos: 40811018 - Radioscopia diagnóstica e 40811026 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico - por hora ou fração, serão remunerados para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Não é devido para o cirurgião, pelo acompanhamento radiológico ser parte integrante da cirurgia.

7) Consulta e sessão para fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional

A avaliação por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional inicia se na solicitação médica. O atendimento à prescrição dietética do paciente internado é

função da nutricionista e está incluso na diária hospitalar, como função básica dentro de sua atuação profissional.

Para o atendimento em Fisioterapia Motora ao paciente internado, compete a sua aplicação da seguinte forma:

- 01 (uma) sessão por dia em enfermaria.
- Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Para o atendimento em Fisioterapia Respiratória compete a sua aplicação da seguinte forma:

- 01 (uma) sessão por dia em enfermaria.
- Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Quando o paciente em UTI estiver sob ventilação mecânica, admite-se a aplicação do código de fisioterapia respiratória até 04 (quatro) sessões por dia, caso necessário.

8) Dermatologia

- Acrocórdons são pequenas lesões escuras, compridas, ligadas à pele por uma pequena base. Acometem áreas de dobras, como axilas, regiões embaixo dos seios e pescoço. São mais comuns em pessoas de meia-idade, afetando mais mulheres que homens. Alguns acrocórdons podem desaparecer espontaneamente quando traumatizados. Não apresentam risco de malignização. Não possuem cobertura para exérese.

- O conceito de lesões extensas, remuneradas sob o código 30101786, envolve uma análise tridimensional (largura, comprimento e profundidade), e que excedem mais de 10 cm na soma. Geralmente, demandam infiltrações anestésicas volumosas, sutura em planos e vários fios. Não preenchendo esses critérios, a codificação a ser usada seria 30101794 — Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento.

- Autorizado os códigos 30101450 Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos ou 30101581 Extensos ferimentos, cicatrizes, ou tumores - exérese e enxerto cutâneo para lesões maiores que 2 cm de diâmetro ou lesões menores, desde que estejam

localizadas em áreas de difícil acesso (limitação de pele), tais como dorso do nariz, pálpebras, lábios, comissuras e pavilhão auricular, e que se justifique rotação ou enxerto de retalho cutâneo e sutura em vários planos.

- O código 30101522 Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região é indicado para ferimentos, cicatrizes ou tumores: maiores que 10 cm (tridimensional) ou mais profundos com envolvimento até fáscias, músculos, tendões (reconstrução com retalhos e em vários planos); lesões por esmagamento e lesões estreladas; e lesões de face, mãos, couro cabeludo e pés, acima de 5 cm, e que necessitaram de rodar retalho para fechamento. Observação: existem outras codificações mais específicas para enxertos e retalhos, a serem analisadas caso a caso.

- Código 20104103 Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados - Refere-se a curativos pouco extensos, executados por médicos, mediante descrição do ato (achados e atos efetivamente realizados). São inclusos em procedimentos cirúrgicos que o precederam no mesmo ato.

- QUEIMADOS - Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano, existem 11 (onze) UTs, mas para regras de remuneração, conforme a contagem por áreas nobres/especiais, podemos ter bem mais que essas 11 UTs: Unidades topográficas

- Cabeça e pescoço 1;
- Cada um dos membros superiores 2;
- Face anterior do tórax 1;
- Face posterior do tórax 1;
- Abdome 1;
- Nádegas (da cintura à raiz da coxa) 1;
- Cada uma das coxas 2;
- Cada um dos conjuntos pernas e pés 2;
- Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

9) Radioscopia



- - 40811018 Radioscopia diagnóstica

- 40811026 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico - por hora ou fração

Esses códigos serão remunerados somente para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Eles não são devidos para o cirurgião pelo fato de o acompanhamento radiológico ser considerado parte integrante da cirurgia. Em geral, o radiologista não participa do ato de radioscopia. No entanto, a remuneração desse código se refere ao uso do arco cirúrgico. Sendo cobrada a taxa do aparelho em conta

10) Vias de acesso

As angiografias que acompanham procedimento intervencionista serão remuneradas a 50%, em relação ao procedimento intervencionista. Os procedimentos intervencionistas em diferentes sítios sofrerão redutores de 70% ou 50% quando realizados concomitantemente.

As angiografias sofrerão limitadores quantitativos:

- 40812030 - máximo de 1x, pois refere-se a grande vaso. Esse código exclui o 40812022, pois são excludentes.
- 40812065 - máximo de 3x, conforme a complexidade do procedimento.
- 40812049 - máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.
- 40812057 - máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.
- 40812073 - máximo de 1x, o conjunto imagens para controle remunera-se sob esse código 1x.

11) ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

11.1) Dopplerfluxometria

- 40901246 US - obstétrica - com doppler colorido

- 40901289 US - obstétrica - gestação múltipla com doppler colorido: cada feto

Os códigos 40901246 e 40901289 só devem ser autorizados a partir de 10 semanas de gestação, conforme definição de feto da OMS.

11.2) Ultrassonografia de mamas e de axilas

- 40901114 US - mamas

- 40901211 US - estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)

Quando da solicitação concomitante, os dois códigos deverão ser pagos 1 vez por cada código. Pagamento de 1 vez o procedimento 40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) independente do número de axilas.

11.3) Ultrassonografia obstétrica morfológica

- 40901262 US - Obstétrica morfológica

- 40901300 US - Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)

Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 18 e 24 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento e quando ela ocorrer até a idade gestacional de 24 semanas. Os exames não são excludentes quando realizados concomitantemente e devidamente documentados.

A ultrassonografia transvaginal associada à morfológica é utilizada para avaliar a medição do colo uterino, o que pode ser feito, também, por via transabdominal, porém com menor acurácia.

11.4) Ultrassonografias obstétricas

- 40901297 US - Obstétrica I^o semestre (endovaginal)

- 40901270 US - Obstétrica gestação múltipla: cada feto

- 40901254 US - Obstétrica com translucência nual

Não se justifica pagar o código 40901297 - US Obstétrica 12 semestre (endovaginal), mais 40901270 - US Obstétrica Gestação múltipla cada feto antes de 10 semanas. Em caso de gemelaridade, antes de 10 semanas, deve ser pago apenas o código 40901297 (1X). Após 10 semanas em gestação gemelar e quando for realizado o US Obstétrica com translucência nual deve ser pago 2 vezes o código 40901254.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL - Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação e quando a solicitação de autorização do procedimento ocorrer até a idade gestacional de 13 semanas e 6 dias.

40901254 - US - Obstétrica com translucência nucal - para fins de cobertura, o procedimento ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL é considerado sinônimo de Exame ultrassonográfico morfológico fetal de 1º trimestre, Exame morfológico de 1º trimestre e Ultrassonografia com medida da translucência nucal.

11.5) EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS COM DOPPLER

- 40901220 US - Articular (por articulação)

- 40901203 US - órgãos superficiais (tireoide ou escroto ou pênis ou crânio)

- 40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou musculo ou tendão)

NÃO cabe a remuneração do US com Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada ou qualquer outro código de Doppler EM ASSOCIAÇÃO aos códigos: 40901220 ou 40901203 ou 40901211. Deve ser remunerado apenas UM dos 3 códigos acima por área a ser estudada.

Motivo: O estudo de um vaso com doppler colorido permite estudo da direção e taxa de fluxo sanguíneo e não é realizado com os US articular/órgão / estrutura. Nesses exames é utilizado um recurso do equipamento, o power doppler, que mostra apenas o volume de sangue presente, sem estudo de direção ou velocidade do fluxo, por isso são considerados excludentes. Em caso de sinovite articular o uso do Power Doppler é apenas para ver se o espessamento Sinovial tem atividade inflamatório (doppler positivo) ou é espessamento crônico/ cicatricial sem inflamação.

12) Angiotomografia coronariana

- 41001230 TC - Angiotomografia coronariana

Observações:

- Pacientes assintomáticos: não têm indicação de serem submetidos à angiotomografia de coronárias. Pacientes com sintomas atípicos de doença coronariana (dor atípica) e com

probabilidade pré-teste de doença coronariana muito baixa: não devem ser submetidos à angiotomografia de coronárias, porque os riscos relacionados à exposição ionizante superam os benefícios.

- Pacientes sintomáticos que apresentem risco intermediário para doença coronariana de acordo com uma estratificação inicial baseada em dados clínicos e que manifestem alterações pouco esclarecedoras ao teste ergométrico e/ou à cintilografia miocárdica: nesses casos, um exame de angiotomografia negativo pode encerrar a propedêutica e evitar uma angiografia invasiva.
- Pacientes sintomáticos com alta probabilidade pré-teste de doença coronariana determinada por dados clínicos e por informações obtidas no teste ergométrico ou na cintilografia miocárdica: **NÃO** são candidatos à angiotomografia coronariana, porque certamente necessitarão de avaliação angiográfica invasiva (cateterismo cardíaco).

13) 41001478 - Angiotomografia arterial de membro inferior

Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores. candidatos à revascularização, quando permanece dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores.

14) 41001087 TC - Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano

Demonstrado que a quantificação de cálcio não interfere em desfechos benéficos para a melhoria da qualidade de vida ou sobrevida do paciente.

15) FISIOTERAPIAS

Sugere-se o número máximo de IO sessões, solicitadas por guia. Ao término das autorizadas, novas guias poderão ser solicitadas e os resultados e as quantidades de sessões serão avaliados. Importante frisar que o FASERV pede a anexação do pedido médico sempre que solicitado nova guia, de modo a manter o controle quanto a quantidade e codificações propostas.

A codificação deve se basear no tipo de fisioterapia (motora, respiratória, linfática, neurológica etc.), não sendo permitido a liberação de mais de um código por sessão.

Para pacientes internados, são usados os códigos de Miopatias 20103344 (fisioterapia motora) e de Assistência fisiátrica respiratória 20203047 ou 20203012.

Em relação às quantidades, fica definido que, para pacientes em regime hospitalar de enfermagem, são remunerados no máximo 1 motora e 1 respiratória por dia. Já para pacientes em CTI, remunera-se na quantidade de 2 motoras e 2 respiratórias por dia, com exceção dos pacientes em Ventilação Mecânica ou Traqueostomizados, onde libera-se no máximo de 4 fisioterapias respiratórias por dia.

16) GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

Implante de dispositivo intrauterino hormonal sob sedação, sob os códigos:

- 31303293 Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal - inserção
- 31303269 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal

Trata-se de procedimento ambulatorial/consultório definido pela ANS no Anexo I da Lei 9.656/98 atualizada pela RN vigente da ANS, portanto, sem cobertura obrigatória para sedação, internação mesmo em hospital-dia e taxa de centro cirúrgico. Não cabe a remuneração de diária para a realização do procedimento. A sedação é procedimento em exceção e necessita de justificativa técnica para sua remuneração. Não há, até o momento, qualquer recomendação embasada na literatura para o uso sistemático de sedação ou mesmo para o uso anestésico local para a inserção de DIU. Não cabe remuneração histeroscopia para implante de DIU. Nos casos em que houver imperativo clínico ou estreitamento do colo uterino, pode ser autorizado o implante de DIU com sedação.

17) Microneurólise

Trata-se de um procedimento cirúrgico aberto relacionado a nervos periféricos e plexos, que consiste no isolamento anatômico com liberação de fibras intrafascicular/intraneural envolvidos por debris e tecidos fibrosos e/ou inflamatórios. Quando realizado com microscopia, utiliza-se o termo microneurólise. Observações:

1. Não deve ser autorizado para realização de bloqueios ou denervação de facetas que têm codificação específica.

2. Identificar e isolar um nervo, ou seu plexo, ou ramo em uma via de acesso é parte integrante do procedimento principal e não pode ser remunerado à parte.

Códigos cobertos para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica convencional, sendo remunerado um ou outro, no mesmo momento:

- 30731097 Tenólise do túnel osteofibroso
- 31403280 Neurólise das síndromes compressivas
- 31403360 Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório etc.)

Código coberto para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica videoartroscópica:

- 30737079 Túnel do carpo - descompressão - procedimento videoartroscópico de punho e túnel do carpo

No tratamento da síndrome do túnel do carpo, não é realizada microneurólise e o código não deve ser computado para essa patologia. O princípio se estende a cotovelo (ulnar) e tornozelo (tarso).

18) CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Conforme a CBHPM, a consulta oftalmológica é constituída por: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

18.1) Exames inclusos na consulta oftalmológica

- Biomicroscopia do segmento anterior e fundoscopia direta ou sob midríase;
- Ceratometria;
- Medida da acuidade visual;
- Refração;
- Retinoscopia.

18.2) Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral:

Não é permitido que os dois códigos (30301106 e 30301181) sejam liberados para a mesma lateralidade

A correção de bolsas palpebrais é um procedimento não contemplado por ser considerada procedimento estético.

A correção de xantelasmas é considerada sempre procedimento estético, sem cobertura

18.3) Códigos 30301084 Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio, 30301157 Lagofthalmo - correção cirúrgica, 30301050 Cantoplastia lateral e 30301068 Cantoplastia medial: Atentar para o fato de que podem ser solicitados por analogia para correção estética das pálpebras inferiores e das bolsas de gordura palpebrais. Casos duvidosos devem ser periciados.

18.4) 30301165 Pálpebra - reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor): Pode ser autorizada para lesões tumorais grandes (maiores que um terço da pálpebra) ou reconstruções relacionadas a danos funcionais severos (enxertos palpebrais).

18.5) 30307040 Implante de silicone intravítreo

30307090 Troca fluido-gasosa (gás expansor) Mantida a exclusão desses códigos. Não cabe a cobrança de 30307090 para o passo intermediário de expansão, antes do implante de silicone, (conforme parecer CFM 12/2017 - procedimento contido em outro).

18.6) O código 30307120 - Vitrectomia via pars plana

Não deve ser pago como via de acesso e, portanto, não deve ser pago em olhos já vitrectomizados previamente ou com óleo de silicone.

18.7) 30307066 - Membranectomia epi ou subretiniana, é necessária a evidenciação de membrana em exame (angiofluoresceinografia, tomografia de coerência óptica ou ultrassonografia).

Preferencialmente, na região macular. Ele pode ser cobrado em associação com o código **30307090 - Troca fluido-gasosa**, pois normalmente troca-se perfluorooctano líquido (perfluorocarbono) por ar filtrado (constituindo a troca fluido-gasosa) e, depois, ar filtrado.

19) ORTOPEDIA



Nas cirurgias por videoartroscopia são autorizáveis três procedimentos, conforme instruções gerais do Rol/CNHM 3/9, não sendo adequada a inclusão de códigos de cirurgia convencional para atos artroscópicos.

A Tenotomia do cabo longo do bíceps serve para dar acesso aos procedimentos principais, não cabendo remuneração específica. A presença de líquido na baina é achado inespecífico e não configura a lesão. Caso o procedimento cirúrgico for iniciado por vídeo e, por impossibilidade técnica, houver a necessidade de passar para uma cirurgia a céu aberto, o procedimento contemplado deverá ser apenas o realizado pela via convencional, isso é, o procedimento que foi resolutivo.

Pagamento da sinovectomia total ou parcial apenas em casos de doença da sinóvia, quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulação, com comprovação mediante anátomopatológico executado.

20) Endoscopia naso faringo laríngea diagnóstica

Na prática, a avaliação de cavidades naso-sinusais e faringo-laríngea é feita basicamente de 4 formas, apesar da multiplicidade de códigos existentes. Endoscópio rígido em nariz: visualiza-se as cavidades nasais, meatos naso-sinusais, ocasionalmente seios paranasais pelo óstio de drenagem desses seios e cavum, incluindo esfíncter velofaríngeo e rinofaringe.

40201228 Vídeoesndoscopia naso-sinusal com ótica rígida

40201210 Vídeoesndoscopia naso-sinusal com ótica flexível

Endoscópio flexível em nariz: é possível visualizar exatamente as mesmas coisas que pelo rígido. Faringe e laringe com endoscópio rígido: é feito via cavidade oral, sendo possível visualizar apenas essas duas estruturas, incluindo estruturas vocais.

40201260 Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido

Faringe e laringe com endoscópio flexível: a via de acesso à faringe e laringe por endoscópio flexível é a própria cavidade nasal, ou seja, introduz-se o endoscópio na cavidade nasal e desce até a laringe.

40201252 Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível

40201228 Videoendoscopia naso-sinusal com ótica rígida

Não há justificativa técnica para remuneração dos dois procedimentos citados acima, pois quando se faz a Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível já está sendo feita a visualização da cavidade nasal do aparelho.

40201260 Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido

40201210 Videi endoscopia naso-sinusal com ótica flexível

21) 30501350 Rinosseptoplastia funcional

Para o tratamento funcional do nariz, é realizada a septoplastia.

A única exceção que deve ser considerada é a insuficiência da válvula nasal, uma situação rara, habitualmente iatrogênica, por retirada excessiva da cartilagem lateral inferior, durante uma rinoplastia para afinamento da ponta nasal.

22) Para sangria terapêutica, não cabe a transfusão (ato médico de acompanhamento 40401022)