DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA ASSISTENCIAL

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA ASSISTENCIAL - EDIÇÃO NOVEMBRO 2026

Este documento tem como objetivo orientar prestadores de serviços em saúde credenciados ao PLANSERV, médicos e profissionais de saúde e beneficiários deste sistema assistencial, quanto a procedimentos, dispositivos ou insumos de saúde que tenham uma cobertura criterizada.

A cobertura assistencial do PLANSERV está definida no Decreto nº 9.552, de 21/09/2005, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010; desta forma, **TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (TMO), VASECTOMIA, LAQUEADURA TUBÁRIA**, **FERTILIZAÇÃO IN VITRO e IMPLANTE COCLEAR** não possuem cobertura, tendo em vista o disposto neste Decreto.

Os procedimentos elencados a seguir não possuem cobertura assistencial. Ressalta-se que esta relação não tem caráter exaustivo, não se destinando a contemplar todos os procedimentos ou insumos existentes na prática médica. Seu objetivo é destacar procedimentos que, eventualmente, possam suscitar dúvidas quanto à cobertura assistencial pelo PLANSERV. Dessa forma, a ausência de um procedimento específico nesta relação não implica, por si só, a obrigatoriedade de sua cobertura por esse Sistema de Assistência à Saúde.

1. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (TMO)
2. VASECTOMIA E LIGADURA TUBÁRIA/LAQUEADURA TUBÁRIA
3. FERTILIZAÇÃO IN VITRO
4. IMPLANTE COCLEAR
5. CÁPSULA ENDOSCÓPICA
6. CROSSLINKING CORNEANO
7. FERTILIZAÇÃO IN VITRO
8. IMPLANTE COCLEAR
9. CÁPSULA ENDOSCÓPICA
10. CROSSLINKING CORNEANO
11. OXIPLEX
12. GRAMPEADOR PPH PARA HEMORROIDOPEXIA MECÂNICA
13. RIZOTOMIA FACETÁRIA
14. RPG E PILATES
15. ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER (GREEN LIGHT)
16. ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA
17. PERFIL TANDEM
18. ANEL DE FERRARA
19. BIOIMPEDANCIOMETRIA
20. RIZOTOMIA FACETÁRIA

21. RPG E PILATES
22. ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER (GREEN LIGHT)
23. ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA
24. ESCLEROTERAPIA DE VARIZES DE MMI COM ESPUMA
25. SENSOR DE GLICEMIA
26. CGH-ARRAY
27. SEQUENCIAMENTO DE GENES BRCA
28. VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA PROLONGADO
29. CINACALCETE
30. PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC)
31. SEQUENCIAMENTO GENÉTICO
32. MUSICOTERAPIA
33. PCR PARA TALASSEMIA ALFA
34. TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR
35. ACUPUNTURA
36. PROTOTIPAGEM
37. USO DE ÁCIDO HIALURÔNICO EM INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR
38. PULSOTERAPIA COM CORTICOIDE EM CASOS DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IMUNE – PTI
39. GRAMPEADOR MECÂNICO PARA CIRURGIAS DE HÉRNIA (PROTACK)
40. TESTE DIAGNÓSTICOS DO RECÉM-NASCIDOS
41. CIRURGIA ENDOSCÓPICA DE COLUNA

- A REABILITAÇÃO VESTIBULAR não faz parte do Rol de Procedimentos. Ressalte-se que a cobertura de tratamentos em fonoaudiologia está contemplada no Decreto 12.257 de 15 de julho de 2010, desde que previsto em programas instituídos pelo PLANSERV (Programas de Pediatria, Programa de Saúde do Idoso e pacientes internados, todos com critérios específicos).
- TESTE DIAGNÓSTICOS DO RECÉM-NASCIDOS: Reflexo vermelho (“Teste do Olhinho”), Oximetria de Pulso (“Teste do Coraçãozinho”) e Avaliação do Frênulo-Lingual (“Teste da Linguinha”) estão contemplados nos honorários e demais serviços pagos nos Valores Referenciais (pacotes) de Parto (seja normal ou cesárea) e não cabe a cobrança complementar destes testes nas contas de parto e assistência aos recém nascidos do PLANSERV.
- ACUPUNTURA não faz parte do Rol de Procedimentos; no entanto, vale ressaltar que a Acupuntura está prevista no Programa Dor Crônica.

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA ASSISTENCIAL

ÍNDICE

01	DISPOSITIVO HORMONAL INTRAUTERINO	06
02	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) HORMONAL POR HISTEROSCOPIA	07
03	BALÃO INTRAGÁSTRICO (BIG)	07
04	TSH RECOMBINANTE (rhTSH)	08
05	IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA	09
06	OSTEOTOMIA EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	10
07	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA	11
08	ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA	11
09	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	12
10	BERA COM SEDAÇÃO	13
11	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	13
12	MANTA TÉRMICA	14
13	ALÇA DE POLIPECTOMIA E AGULHA INJETORA NA TERAPIA DOS PÓLIPOS GÁSTRICOS	15
14	AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (AED)	15
15	TESOURA COAGULADORA	16
16	AGENTES HEMOSTÁTICOS EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	16
17	ALTEPLASE (ACTILYSE) EM CATETER DE DIÁLISE	16
18	CAPSULOTOMIA YAG LASER	17
19	CORREÇÃO DE ESTRABISMO	17
20	ELASTOGRAFIA HEPATICA TRANSITORIA - FIBROSCAN POR USG	17
21	EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS POR PROFISSIONAL CROBA	18
22	EEG COM MAPEAMENTO CEREBRAL	18
23	DRENAGEM LINFÁTICA	19
24	PROTOCOLO DE USO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	19
25	ACETATO DE GOSSERRELINA (ZOLADEX)	22
26	DENOSUMABE	23
27	RADIOCIRURGIA	23
28	CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO – CNAF	24
29	CATETER DE ULTRA-SOM INTRACORONARIANO (USIC)	25
30	CATETER DE MEDIDA DA RESERVA DE FLUXO CORONARIANO (FFR)	25
31	ATERECTOMIA ROTACIONAL (CATETER ROTABLATOR)	25
32	CATETER ASPIRADOR DE TROMBO	26
33	VÁLVULA COM PROTEÇÃO ANTICÁLCIO	26
34	CIRURGIA REFRATIVA	26
35	PRÓTESES NACIONAIS OU IMPORTADAS NAS CIRURGIAS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E JOELHO	26
36	TOXINA BOTULÍNICA	27
37	DISPOSITIVOS DE TROMBECTOMIA MECÂNICA COM OU SEM ASPIRAÇÃO	30
38	CATETER BALÃO FARMACOLÓGICO EM ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA	31
39	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA – FLOTRAC / STARLING	32
40	MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA	34

41	DEFICIÊNCIA DE FERRO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL E PÓS-PARTO EM PACIENTES INTERNADOS	35
42	CATETER PARA LIV CORONÁRIA - SHOCKWAVE	36
43	MEDICAMENTO NIRSEVIMABE (BEYFORTUS)	37
44	PET-CT ONCOLÓGICO	38
45	DIÁSTASE DOS RETOS ABDOMINAIS	42
46	GIGANTOMASTIA	42
47	GINECOMASTIA	44
48	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MAMAS	44
49	SISTEMA DE PULSE LAVAGEM	46
50	ANALGESIA POR DIA SUBSEQUENTE	46
51	EXAMES MOLECULARES PARA PESQUISAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	47

1. DISPOSITIVO HORMONAL INTRAUTERINO

Cobertura do implante do Dispositivo Hormonal Intrauterino de Levonorgestrel conforme critérios:

- Pacientes com diagnóstico de Endometriose.

Documentos necessários para solicitação:

- Exame laboratorial: Hemograma, coagulograma, ferro, ferritina, exames hormonais (FSH, LH, estradiol);
- Exame de imagem: Ultrassonografia pélvica ou transvaginal;
- Relatório médico.

Tipo de Autorização:

- Prévia ao procedimento.

Descrição	Código
Implante De Dispositivo Hormonal Intrauterino – Inserção	31303293
MIRENA 52 MG Dispositivo Intrauterino	90543459

Procedimento para retirada do implante hormonal conforme diretriz de cobertura do Planserv:

Descrição	Código
Implante De Dispositivo Hormonal Intrauterino – Remoção	31303374

Métodos anticonceptivos não possuem cobertura assistencial do PLANSERV, tendo em vista o disposto no Decreto n. ° 9.552, de 21 de setembro de 2005 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estadual – PLANSERV, a saber:

> *"SEÇÃO II*
> *DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA*
>
> *Artigo 16 – Não estão cobertos pelo PLANSERV:*
>
> *III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial,* ***métodos***

anticonceptivos *e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas consequências: "*

2. IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) HORMONAL POR HISTEROSCOPIA

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e nenhum critério do Grupo 2:

Grupo 1:

1. Estenose cervical significativa, documentada, que impeça ou torne tecnicamente insegura a passagem do instrumental convencional;
2. Trajeto cervical de difícil transposição por tortuosidade, angulação acentuada ou alteração anatômica que impeça acesso seguro à cavidade;
3. Alteração anatômica uterina que dificulte a inserção convencional, desde que não haja distorção da cavidade incompatível com a utilização segura do DIU;
4. História de procedimento cervical com alteração anatômica associada a dificuldade objetiva de acesso (ex.: conização, cirurgia cervical ou cicatrização importante);
5. Necessidade concomitante de histeroscopia por indicação ginecológica independente com a indicação clínica para inserção do DIU.

Grupo 2:

6. Alteração anatômica que distorça a cavidade uterina de maneira incompatível com o posicionamento adequado do DIU.

NOTA: O Implante do Dispositivo Hormonal Intrauterino de Levonorgestrel é disponibilizado exclusivamente para beneficiárias com diagnóstico de Endometriose; essa cobertura está fundamentada no disposto no Decreto nº 9.552, de 21 de setembro de 2005, alterado pelo Decreto nº 12.257, de 15 de julho de 2010, que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estadual – PLANSERV.

3. BALÃO INTRAGÁSTRICO (BIG)

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e e nenhum dos critérios do Grupo 2:

Grupo 1:

1. Pacientes com IMC > 40 refratários ao tratamento clínico que apresentem contraindicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para

realização de cirurgia bariátrica;

2. Pacientes com IMC > 35 refratários ao tratamento clínico, com doenças associadas à obesidade (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Apnéia Obstrutiva do Sono, Dislipidemia, Hérnia Discal ou Osteoartrose) e que apresentem contraindicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica;
3. Pacientes com IMC > 30 refratários ao tratamento clínico, com doenças associadas à obesidade (Hipertensão Arterial Grave: paciente em uso de três ou mais drogas em dose máxima sem controle adequado;Insuficiência Respiratória; Diabetes Mellitus de difícil controle: paciente em uso de três ou mais drogas hipoglicemiantes orais ou três ou mais doses diárias de insulinoterapia sem controle) e que apresentem contraindicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica;

Grupo 2:

1. Doenças da transição gástrica potencialmente hemorrágicas (excluindo as relacionadas a hipertensão portal);
2. Esofagite grau III;
3. Esôfago de Barret;
4. Uso crônico de AINES.

TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BALÃO:

O Balão pode ser mantido por 4 a 6 meses. Durante esse período o paciente deve permanecer em acompanhamento médico e nutricional e fazer uso de um bloqueador de bomba de prótons.

4. TSH RECOMBINANTE (rhTSH)

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Doenças psiquiátricas.
2. Insuficiência cardíaca congestiva grave (nível III ou IV) (documentada).
3. Doença arterial coronária (angina ou infarto agudo do miocárdio), arritmias cardíacas com risco de instabilidade pela suspensão do hormônio tireoidiano.
4. Doença pulmonar obstrutiva grave.
5. Insuficiência Renal.
6. Passado de psicose por mixedema.
7. Idade superior a 60 anos.

8. Doença extra tireoidiana (metástases cervicais ou à distância) com possibilidade de disseminação com a elevação do TSH por tempo prolongado.
9. Níveis de tireoglobulina elevados, que sugiram presença de tecido neoplásico.

Pacientes sem comorbidades associadas e para as demais condições clínicas, o TSH Recombinante não é coberto pelo PLANSERV. Nestes casos a elevação do TSH será fisiológica (e assistida) pela ausência dos hormônios tireoidianos, sendo autorizado apenas o procedimento: Pesquisa de Metástase do Corpo Total, código: 3103003-3.

5. IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA

Conforme DECRETO ESTADUAL Nº 9.552 DE 21 DE SETEMBRO DE 2005 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que aprova o regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV, a saber:

> "SEÇÃO II
>
> DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA"- Art. 16 - **Não estão cobertos** pelo PLANSERV:
>
> (...)
>
> III - cirurgia de mudança de sexo, **impotência sexual**, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, métodos anticonceptivos e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas conseqüências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde.
>
> II - "cirurgia plástica, **tratamento** clínico ou **cirúrgico** com finalidade estética ou social – mesmo que justificados por uma causa médica – **exceto** quando necessários à **restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico**".***(grifo nosso)***

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Tratamento de disfunção erétil e impotência sexual masculina, em pacientes que apresentaram esta disfunção, em decorrência direta do câncer de próstata ou se seu tratamento, comprovados por anatomia patológica. **O PLANSERV oferece cobertura à prótese peniana semi-rígida. Prótese inflável não possui cobertura.**

6. **OSTEOTOMIA EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL** (verificar O.S CAS/SAEB 01/2022 de 01/03/2022 publicada).

As osteotomias são cirurgias realizadas com segmentação do osso com finalidade de reconstituir sua forma normal, retirar um corpo estranho ou um tumor. A Osteotomia de Le Fort I constitui-se em técnica cirúrgica que visa o reposicionamento da maxila (por adiçãoóssea através de enxertos e colocação de placas ou subtração do osso através de ressecções) com o objetivo de tratar deformidades dento faciais, promovendo o restabelecimento funcional e/ou estético.O procedimento é realizado normalmente em ambiente hospitalar e sob anestesia geral. A osteotomia segmentar de maxila é um procedimento que tem se tornado cada vez mais comum nas cirurgias para correções das deformidades dentofaciais, é indicada para a correção das discrepâncias maxilares nos diferentes planos e num único tempo cirúrgico, otimizando assim, o tempo de tratamento a que o paciente é submetido.
Este procedimento encontra-se na interface de procedimentos médicos e odontológicos, integrando o elenco de procedimentos descritos na Tabela de Procedimentos Médicos (adotada por este Sistema de Assistência), possuindo, assim, cobertura assistencial desde que não se caracterize como procedimento odontológico, tão pouco com finalidade estética, e que represente uma cirurgia para correção de patologias que, apesar de serem de buco-maxilo, oferecem risco á saúde geral do paciente. Sua prática por cirurgiões-dentista especializados em cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial é amparada pela Resolução n.º 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia (Artigos 41 a 50).
Este Sistema de Assistência não possui cobertura para a realização de procedimentos odontológicos conforme Decreto n. º 9.552 de 21 de setembro de 2005, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010 em seu artigo 16, item VII que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV, a saber:

> Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSERV:
> VII - procedimentos odontológicos.

O PLANSERV, via de regra, autoriza procedimentos e materiais para a redução de fraturas, enxertos ósseos, exéreses de tumores e corpos estranhos e outros tratamentos solicitados no âmbito do

sistema estomatognático que envolvam impacto sistêmico, risco, inclusive de morte, ou sequelas para os pacientes.

7. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Cardiopatia congênita complexa, cuja anatomia não é totalmente definida pelo ecocardiograma.
2. Doença coronariana: estudo de viabilidade miocárdica pós-infarto do miocárdio, apenas quando se pretende procedimento de revascularização miocárdica ou angioplastia e existe dúvida diagnóstica sobre a presença de viabilidade de área do miocárdio.
3. Miocardiopatias: apenas quando o Ecocardiograma não estabelecer o diagnóstico. (Prestador deverá encaminhar laudo de ecocardiograma que justifique a solicitação):
    - Miocárdio não compactado;
    - Miocardites agudas;
    - Miocardiopatiasiderótica;
    - Miocardiopatia hipertrófica;
    - Miocardiopatia restritiva (amiloidose, endomiocardiofibrose);
    - Displasia arritmogênica do VD(DAVD).
4. Doenças do pericárdio e tumores cardíacos, apenas quando o ecocardiograma não estabelecer o diagnóstico ou no auxílio ao planejamento cirúrgico.
5. Em pré-operatório de ablação por cateter de fibrilação atrial, para definição anatômica das veias pulmonares.

8. ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA

Cobertura assistencial para o Esfíncter Urinário Artificial no Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária grave (confirmada por exame de urodinâmica) quando preenchido **todos os** critérios do **grupo 1** e **nenhum dos critérios do Grupo 2**:

Grupo 1:

a. Pós-operatório de prostatectomia radical;

b. Comprovação por relatório médico e anatomia patológica de procedimento cirúrgico realizado há mais de 01 ano da data da solicitação do tratamento cirúrgico de incontinência urinária;

c. Níveis séricos de PSA <0,01 ng/ml nos últimos 12 meses ou <0,5 ng/ml para os casos em que o paciente foi submetido à radioterapia;

d. Ter realizado neste período de 01 ano, antes do tratamento cirúrgico de incontinência urinária, medidas gerais, comportamentais e fisioterapia;

e. Possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária.

Grupo 2:

a. Recidiva local da neoplasia;

b. Baixa expectativa de vida;

c. História de alergia ao silicone;

d. Doenças uretrais crônicas.

9. ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

- **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 4mg**

O Ácido Zoledrônico é um medicamento da classe dos bifosfonatos que age inibindo a reabsorção óssea osteoclástica e reduz os níveis de cálcio sériconas condições em que há elevação, particularmente na hipercalcemia induzida por tumor.
Cobertura assistencial ao uso de Ácido Zoledrônico 4mg cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, em nível ambulatorial, aos beneficiários inseridos no Programa de Oncologia, nas seguintes situações:

- Tratamento da hipercalcemia induzida por tumor (HIT), definida como cálcio sérico corrigido pela albumina (cCa) ≥ 12,0 mg/dL [3,0 mmol/L].
- Prevenção de eventos relacionados ao esqueleto em pacientes com câncer metastático no osso.
- Prevenção da perda óssea decorrente do tratamento antineoplásico a base de hormônios em pacientes com câncer de próstata ou câncer de mama.

NOTA: Saliente-se que não há restrição ao uso do Ácido Zoledrônico aplicado a pacientes internados com as indicações acima, assim como hipercalcemia de outras etiologias.

- **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 5mg**

O ácido zoledrônico pertence à classe de bisfosfonatos contendo nitrogênio e atua especificamente nos ossos. É um inibidor da reabsorção óssea mediada por osteoclastos.
O PLANSERV proporciona cobertura assistencial ao uso de Ácido Zoledrônico 5mg cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, em nível ambulatorial, aos beneficiários inseridos no Programa de Suporte Medicamentoso exclusivamente para Patologia - Doença de Paget Óssea, conforme Protocolo Clínico publicado no site do Planserv.

O PLANSERV não oferece cobertura ao uso de bifosfonato para pacientes com osteoporose.

10. BERA COM SEDAÇÃO

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Na determinação da audição em lactentes, crianças pequenas ou pacientes que não tenham condições de responder à audiometria convencional.
2. Na localização da perda auditiva e diagnóstico diferencial da surdez neurossensorial.

NOTA: Considerando que este procedimento não prevê porte anestésico no Rol de Procedimentos Médicos do PLANSERV, o prestador deverá solicitar o procedimento de sedação complementar, através do código 16080050 - Anestesia Eventual para Procedimentos Diagnósticos - sem porte na tabela" nas seguintes condições:

1. Crianças menores de 6 anos, que não tenha conseguido realizar o exame.
2. Crianças entre 6 e 10 anos portadores de autismo, ou hiperatividade com ou sem déficit de atenção, que não tenha conseguido realizar o exame.

11. ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS

1. Avaliação de pacientes assintomáticos ou sintomáticos com fatores de risco para DAC, como uma opção a outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana.

Fatores de Risco:

- Hipertensão, diabetes, dislipidemia.
- Tabagismo, obesidade, sedentarismo.
- Histórico familiar de infarto ou doenças cardíacas em parentes de primeiro Grau.

2. Em pacientes com quadro clínico suspeito de DAC com testes funcionais de isquemia prévios inconclusivos ou conflitantes;
3. Em pacientes com sintomas contínuos de DAC e testes funcionais prévios negativos para isquemia ou inconclusivos;
4. Em pacientes em pré-operatório de TAVI (Implante transcateter de prótese valvar aórtica) para avaliação anatômica;
5. Pacientes com suspeita de coronárias anómalas;
6. Em sala de emergência nos pacientes com dor torácica aguda, com TIMI RISK 1 e 2 (baixo risco), com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica inalterados.

Não será autorizado se o paciente apresentar Contraindicações:

- **Contraindicações:** Incluem insuficiência renal grave, alergia ao contraste iodado, incapacidade de cooperar com a respiração ou de sustentar a apneia, e contraindicações ao uso de Beta bloqueador.

ESCORE DE CÁLCIO

1. Estratificação de risco de DCVA em pacientes assintomáticos.
2. CAC não é recomendado para indivíduos que já usam estatinas, com DCVA estabelecida ou com fatores de risco que, por si só, já indicam o uso da medicação (ex: hipercolesterolemia familiar, diabetes, tabagismo ativo).
3. Se o CAC for detectado e uma estatina for prescrita de acordo com as diretrizes, não é recomendado repetir a avaliação do CAC, pois a mudança no escore não afetaria o tratamento. Se o escore inicial for 0, pode-se considerar repetir o exame em pacientes com mais de 40 anos após 5 anos.

12. MANTA TÉRMICA

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Cirurgia com duração acima de 120 minutos;
2. Cirurgia traumatológica com choque;
3. Cirurgias em crianças menores de 5 anos;
4. Cirurgia de médios e grandes queimados;
5. Prevenção de hipotermia em paciente com idade acima de 60 anos;

Hipotermia (temperatura < 36º C).

13. ALÇA DE POLIPECTOMIA E AGULHA INJETORA NA TERAPIA DOS PÓLIPOS GÁSTRICOS

(verificar VALOR REFERENCIAL: Endoscopia/Colonoscopia publicado)

Critérios de elegibilidade:

- Assegura a cobertura do uso da Alça de polipectomia apenas para pólipos gástricos maiores que 0,6 cm. Para os pólipos menores que 0,6 cm, será autorizado apenas o código de "Polipectomia de esôfago, estômago e duodeno (Independente do número de pólipos)" código: 40202550, em adição ao valor referencial de Endoscopia Digestiva Alta.
- A agulha de esclerose não deve ser autorizada para lesões elevadas, exceto se houver justificativa para mucosectomia associada a polipectomia. Estes casos especiais devem ser avaliados tecnicamente previamente à realização do procedimento.
- A autorização de hemoclipes para polipectomias só caberá em casos em que haja risco de sangramento considerável, ou seja, para pólipos grandes, com pedículo grosso ou que após a sua retirada tenha ocorrido sangramento relevante e persistente. Neste caso a autorização poderá ocorrer posteriormente ao procedimento.

14. AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (AED)

Cobertura assistencial **apenas em pacientes internados** que apresentem distúrbio da deglutição importante, impactando diretamente na recuperação clínica e na alta do paciente quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e nenhum critério do Grupo 2 (critérios de exclusão):

Grupo 1:

1. Pacientes que tenham apresentado Broncoaspiração;
2. Regurgitação oral ou nasal;
3. Infecções respiratórias de repetição;
4. Disfagia orofaríngea (dificuldade para deglutir) impossibilitando o resgate da via oral de forma comprovadamente segura.

Grupo 2:

1. Pacientes em dieta oral, sem apresentar as quatro indicações descritas acima;
2. Como Protocolo ou Rotina de serviços de Nutrologia ou Fonoaudiologia;
3. Para avaliação de introdução ou alteração de suporte nutricional em pacientes que não apresentem comprovadamente distúrbio de deglutição e sua consequência direta na recuperação e alta.

15. TESOURA COAGULADORA

Cobertura assistencial para tesoura coaguladora/bisturi ultrassônico em situações específicas (cirurgias com alto risco de sangramento) quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1.

Grupo 1:

1. Cirurgias de pâncreas, rim e suprarrenal.
2. Cirurgias oncológicas por técnica convencional (em cavidades)em presença de tumorações volumosas e muito vascularizadas.
3. Cirurgias oncológicas videolaparoscópicas.
4. Casos de pacientes que apresentem comprovadamente distúrbios de coagulação.
5. Histerectomias videolaparoscópicas por patologias benignas, quando presente pelo menos um dos seguintes critérios:
    a. Útero com volume estimado por ultrassonografia ou ressonância magnética igual ou superior a 350 cm^3;
    b. Presença de leiomioma de localização cervical, ístmica ou intraligamentar, evidenciado por ultrassonografia ou ressonância magnética.

16. AGENTES HEMOSTÁTICOS EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (verificar ORIENTAÇÃO DE SERVIÇO CAS/SAEB 01/2026 de 01/03/2026 publicada)

Cobertura assistencial para uso de agentes hemostáticos em cirurgias buco- maxilo- faciais nos casos de pacientes anticoagulados ou com distúrbios da coagulação. As solicitações de agentes hemostáticos deverão ser analisadas caso a caso, para a avaliação da complexidade da cirurgia solicitada, quadro clínico do paciente e se há indicação para uso de agentes hemostáticos.

17. ALTEPLASE (ACTILYSE) EM CATETER DE DIÁLISE

1. Restabelecimento de fluxo de cateter de longa duração em pacientes crônicos de hemodiálise ou pacientes oncológicos de difícil acesso que utilizarão o cateter por longo período.

NOTA: A cobertura do ALTEPLASE (Actilyse) para esta condição é exclusivamente da apresentação

de 10 mg (não está coberta a apresentação de 50 mg para esta indicação).

18. CAPSULOTOMIA YAG LASER

Cobertura assistencial para Capsulotomia Yag Laser na seguinte condição:

1. Opacidade da cápsula posterior após realização de cirurgia de catarata.

NOTA: Eventualmente, poderá ser autorizado até um segundo procedimento de Yag Laser para o mesmo olho mediante relatório médico com justificativa e documentação da lesão. O PLANSERV não oferece cobertura da terceira (ou mais) aplicações do Yag Laser para o mesmo olho.

19. CORREÇÃO DE ESTRABISMO

Cobertura assistencial para o Tratamento Cirúrgico de Estrabismo (inclusive bilateral) para **idade de 0 a 9 anos**.

1. Para idade superior a 9 anos,deverá ser avaliada a pertinência do procedimento para recuperação da funcionalidade ocular. Nestes casos, a presença de diplopia persistente, binocularidade reduzida ou ameaçada, posição anormal da cabeça (torcicolo) secundária ao desalinhamento ocular, diminuição do campo visual secundário ao estrabismo compõem indicações primárias para a cirurgia do estrabismo. A cirurgia do Estrabismo **não deve ser** autorizada em adultos com ambliopia, com acuidade visual menor que 20/200.
2. O PLANSERV não autorizará o procedimento para fins estéticos, onde não haja benefícios em relação à acuidade visual.

20. ELASTOGRAFIA HEPATICA TRANSITORIA - FibroScan por USG

Cobertura assistencial para Elastografia Hepatica Transitoria - FibroScan por USG para pacientes com diagnóstico de Hepatite B, Hepatite C, Hepatite C pós-transplante, HIV e doença de fígado não alcóolica, com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, em pelo menos uma das seguintes condições:

a. Diagnóstico inicial;

b. Estadiamento;

c. Acompanhamento.

- ✓ Requer relatório médico constando quadro clinico atual e justificativa para análise técnica prévia.

21. EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS POR PROFISSIONAL CROBA (verificar ORIENTAÇÃO DE SERVIÇO: CAS/SAEB 01/2026 de 01/03/2026)

Cobertura assistencial para os seguintes exames solicitados por profissional CROBA:

1. Exames relacionados ao pré-operatório e ao risco cirúrgico:
   - 1.1 Hemograma completo, glicemia, coagulograma (engloba o Tempo de Sangramento, Tempo de Coagulação, TP (RNI), TTPA, Contagem de Plaquetas).
   - 1.2 Tipagem Sanguínea (ABO e Rh).
   - 1.3 Bioquímica: uréia, creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada.
   - 1.4 Sorologias: HIV 1 e 2, Hepatite B (AgHbs, AntiHBs), Hepatite C (Anti HCV), HTLV e Sífilis.
   - 1.5 Exames radiológicos referentes à região de buco-maxilo, incluindo raio-X, tomografia de face e mandíbula, panorâmica e ressonância magnética de mandíbula/maxila e face e de articulação temporo-mandibular, quando a condição clínica se tratar de neoplasia ou trauma.
   - 1.6 Eletrocardiograma e Raio X de tórax.

2. Exames Relacionados com o diagnóstico ou com o resultado de procedimentos:
   - 2.2 Exame de biópsias e Estudo Anátomo-Patológico da região de boca.
   - 2.3 Controle com exames Radiológicos (os mesmos elencados acima no item 1).

22. EEG COM MAPEAMENTO CEREBRAL

Cobertura assistencial para EEG com Mapeamento Cerebral nas seguintes indicações:

1. Estudo das **Epilepsias.**
2. Avaliação de **Isquemia Cerebral e Doenças Vasculares Cerebrais** quando os exames de neuroimagem não se mostrarem conclusivos; principalmente no diagnóstico diferencial dos episódios isquêmicos transitórios com outras entidades clínicas (crises convulsivas, quadros sincopais, distúrbios emocionais) em que nem sempre o neurologista pode examinar o paciente com o quadro clínico ainda instalado.
3. Avaliação de **Demências e Encefalopatias** quando os exames de neuroimagem e o EEG convencional não forem conclusivos.

23. DRENAGEM LINFÁTICA

Cobertura assistencial para Assistência Fisioterápica Vascular e/ou Linfática, código 25030027 nas seguintes condições:

- Tratamento do linfedema patológico: Em casos pós trombose, vasculite/linfangite ou por infecção (filariose linfática);
- Tratamento do linfedema iatrogênico: Em casos de pós-operatório de linfadenectomia ou esvaziamento ganglionar (Ex: Linfedema do membro superior pós mastectomia radical);
- Para autorização do procedimento será necessário o encaminhamento de exames complementares que comprovem o linfedema.

NOTA: Esta terapia não possui cobertura para fins estéticos.

24. PROTOCOLO DE USO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

1. INTRODUÇÃO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos das infecçõesque acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade.

Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave, necessitando de internação pordesconforto respiratório agudo em 10% a 15% dos casos. Nesta população, as condições associadas ao desenvolvimento de doença grave são decorrentes do sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e menor calibre das viasaéreas; acrescidos da baixa reserva energética, frequente desmame precoce, anemia, infecções de repetição e uso de corticóides, tornando-se mais suscetíveis à ação do VSR.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A incorporação do palivizumabe foi aprovada pelo PLANSERV para a prevenção da infecção pelo VSR de acordo com os seguintes critérios:

a) Crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias).
b) Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar,

ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

3. OUTROS ESCLARECIMENTOS

Em recém-nascidos internados que preenchem critério de uso, a administração de palivizumabe poderá ser iniciada a partir de 7 dias de vida, desde que observada a estabilidade clínica do paciente.

As crianças com 12 meses ou menos, com diagnóstico de doença cardíaca congênita (DCC) com significante repercussão hemodinâmica mais beneficiadas com a imunoprofilaxia com palivizumabe, com significativa redução de hospitalização incluemaquelas com cardiopatia acianótica em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva e que irão precisar de procedimento cirúrgico, assim como crianças com hipertensão pulmonar moderada a severa.

Para crianças com DCC cianótica o uso de palivizumabe é menos impactante em termosde redução de hospitalização, ficando a critério do cardiologista infantil a decisão de indicação da profilaxia com palivizumabe.

O seguinte grupo de crianças com cardiopatia não possui risco elevado de infecção por VSR e, portanto, não está indicada imunoprofilaxia:

a) RN e lactentes com doença cardíaca sem repercussão hemodinâmica como exemplo: defeito de septo atrial tipo ostium secundum, defeito pequeno de septo ventricular, estenose da pulmonar, estenose aórtica não complicada, coarctação leve da artéria aorta, persistência do ducto arterial.
b) Crianças com lesão cardíaca corrigida por cirurgia a não ser que continue precisando de medicamentos por insuficiência cardíaca.
c) Lactentes com cardiopatia leve sem uso de medicamentos para esta doença.

No segundo ano de vida a profilaxia com palivizumabe não está recomendada com base em história de prematuridade isolada. Deve ser considerada a indicação de profilaxia durante a sazonalidade do VSR, nas seguintes condições:

a) Crianças com cardiopatia congênita indicada segundo critérios acima e que permanece com repercussão clínica da doença, com necessidade de uso de medicamentos específicos;
b) Crianças que preencheram critério de doença pulmonar crônica da prematuridade e continuam necessitando de tratamento de suporte como o uso de corticoide para doença pulmonar crônica, diurético ou suplemento de oxigênio durante os seis últimos meses, antes do início da segunda sazonalidade do VSR;

Portanto não está recomendado o uso de profilaxia com palivizumabe para crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade que não necessitaram tratamento de suporte no segundo ano

de vida.
Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses. Para crianças nascidas durante a sazonalidade do VSR, poderá ser necessário menos que 5 doses, uma vez que o medicamento não será aplicado após o término da sazonalidade.

4. SAZONALIDADE DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) NO BRASIL

O vírus sincicial respiratório caracteriza-se principalmente por seu caráter sazonal, dependendo das características de cada país ou região. No Brasil, observa-se a circulação durante todo o ano, mas com elevações no período compreendido entre os meses de maio até agosto, porém a atividade do vírus pode começar antes em determinadas regiões.
Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) e períodos de aplicação do palivizumabe no Brasil, por regiões geográficas.

REGIÃO	SAZONALIDADE	PERÍODO DE APLICAÇÃO
NORDESTE	Março a Julho	Fevereiro a Julho

5. APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO

O palivizumabe é, atualmente, comercializado no Brasil em caixa com frasco ampola devidro incolor de 0,5 mL ou de 1 mL na forma de solução injetável. Contém na sua formulação os excipientes histidina, glicina e 5,6% de manitol. Cada 1 mL da solução contém 100 mg de palivizumabe.

Disponível na Tabela de Medicamentos do PLANSERV com os seguintes códigos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
19464	SYNAGIS - FA 100 mg
90003819	SYNAGIS - FA 50 mg

6. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO

A posologia recomendada de palivizumabe é 15 mg/kg de peso corporal, administrados uma vez por mês durante o período de maior prevalência do VSR previsto na respectiva comunidade, no total de, no máximo, cinco aplicações mensais consecutivas, dentro doperíodo sazonal.
Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses, não se aplicando após o período de sazonalidade do VSR.

7. ORIENTAÇÕES DE COBERTURA

Cobertura assistencial nas seguintes condições:

a. Crianças que preencham os critérios estabelecidos;
b. Apenas durante o período de sazonalidade;
c. Durante a internação.

OBSERVAÇÃO: Para continuidade do tratamento, receber as próximas doses do PALIVIZUMABE, após a alta hospitalar, deverá ser seguida a orientação conforme Nota Técnica da Sesab.

Link:
http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/medicamentos-estrategicos/informacoes-sobre- dispensacao-de-palivizumabe/

25. ACETATO DE GOSSERRELINA (ZOLADEX)

O medicamento ACETATO DE GOSSERRELINA, apresentações: ZOLADEX® 3,6 mg e ZOLADEX® LA 10,8 mg - seringa subcutânea, tem cobertura pelo PLANSERV no tratamento oncológico ambulatorial.
De acordo com suas indicações e a posologia e modo de usar, conforme descrito em bula, seu uso é para tratamento ambulatorial.

INDICAÇÕES COBERTAS PELO PLANSERV:

ZOLADEX 3,6 mg (acetato de gosserrelina) é indicado para:

- Controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal.
- Controle de câncer de mama passível de manipulação hormonal, em mulheres em pré e perimenopausa.

ZOLADEX LA 10,8 mg (acetato de gosserrelina) é indicado para:

- Controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal.

POSOLOGIA/USO:

- Adultos: um depot de ZOLADEX 3,6 mg, injetado por via subcutânea na parede abdominal inferior a cada 28 dias.
- Adultos: um depot de liberação prolongada de ZOLADEX LA 10,8 mg injetado por via subcutânea na parede abdominal inferior a cada 12 semanas.

26. DENOSUMABE

O Denosumabe é um anticorpo monoclonal humano (IgG2) que tem como alvo de ligação, com alta afinidade e especificidade, o ligante RANK (RANKL), impedindo que este ative seu único receptor, RANK, encontrado na superfície de osteoclastos e seus precursores. O RANKL está presente na forma de proteína transmembrana ou solúvel e é essencial para a formação, a função e a sobrevivência dos osteoclastos, o único tipo de célula responsável pela reabsorção óssea.
O aumento da atividade dos osteoclastos estimulado por esse ligante é um importante mediador de destruição dos ossos na doença óssea, em tumores metastáticos e no mieloma múltiplo. A prevenção da interação do RANK com seu ligante (RANKL) resulta na queda do número e da função dos osteoclastos e, portanto, na redução da reabsorção, liberação de cálcio esquelético e da destruição óssea induzida pelo câncer.
Cobertura assistencial ao uso de Denosumabe cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, aos beneficiários inseridos no Programa de Oncologia, nas seguintes condições:

DENOSUMABE 60MG

- Para o tratamento de perda óssea em pacientes submetidos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama. Em pacientes com câncer de próstata, PROLIA reduz a incidência de fraturas vertebrais.

DENOSUMABE 120MG

- Para prevenção de eventos relacionados ao esqueleto em pacientes com mieloma múltiplo e em pacientes com metástase óssea de tumores sólidos.
- Para o tratamento de tumor de células gigantes do osso em adultos ou adolescentes esqueleticamente maduros, quando esse tumor é irressecável ou quando a ressecção cirúrgica pode resultar em morbidade grave.
- Para o tratamento de hipercalcemia associada à malignidade refratária a bisfosfonato intravenoso.

O PLANSERV não oferece cobertura ao uso de Denosumabe para pacientes com osteoporose.

27. RADIOCIRURGIA (verificar VALOR REFERENCIAL RADIOCIRURGIA publicado)

Cobertura assistencial para Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento, código pacote 83.50.301-7 nas seguintes situações:

- Metástases cerebrais quando preenchidos todos os critérios abaixo:
    a. Tumor primário controlado;

b. Presença de no máximo 4 lesões intracranianas;

c. Diâmetro das lesões inferior a 4 centímetros;

- Retratamento de Gliomas recidivados;
- Meningiomas;
- Schwannomas;
- Adenoma de hipófise.

28. CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO – CNAF

A Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF, fornece oxigênio aquecido e umidificado em fluxos muito superiores aos da oxigenoterapia convencional e está baseado em quatro componentes: fonte de oxigênio de alto fluxo com misturador de ar, que permita definiro fluxo e a FiO2 fornecida, um umidificador, um circuito inspiratório aquecido a 37°C e cânulas nasais específicas.

A CNAF é mais uma alternativa não invasiva a pacientes com insuficiência respiratória com altas demandas de oxigênio. Tendo como objetivo retardar ou evitar a intubação orotraqueal (IOT), ventilação mecânica invasiva e suas complicações.

A CNAF tem cobertura assistencial pelo Planserv nas seguintes condições:

- Pacientes adultos com necessidade de oxigenoterapia em alto fluxo com quadro de insuficiência respiratória.
- Pacientes neonatos e pediátricos (até 15 anos) com insuficiência respiratória aguda com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outras patologias infecciosas respiratórias não relacionadas a COVID-19, com pelo menos um dos critérios abaixo:
  - Hipoxemia/Desaturação;
  - Hipercapnia;
  - Sinais de desconforto respiratório (exemplo: uso de musculatura acessória);
  - Retração ou tiragem subcostal, intercostal, supraesternal; Taquipneia; Aleteo nasal; Gemência.

Os circuitos do paciente englobam: Circuito Paciente High Flow e a Cânula Nasal (Adulto ou Infantil). Seu uso é individual e descartável e podem ser usados por até 30 dias.

29. CATETER DE ULTRA-SOM INTRACORONARIANO (USIC)

Cobertura assistencial para Ultrassom Intracoronariano (USIC) nos casos de:

- Diagnóstico de lesões intermediárias de tronco de coronáriaesquerda (> ou = 50% de estenose) ou angioplastia de tronco decoronária esquerda;
- Reestenose intrastent onde os possíveis mecanismos causadores podem ser identificados (má posição, má expansão,fratura da haste, não cobertura de toda lesão).

30. CATETER DE MEDIDA DA RESERVA DE FLUXO CORONARIANO (FFR)

O catéter de FFR possui cobertura apenas em situações onde a cintilografia miocárdica possa ter comprovada dificuldade na interpretação da isquemia miocárdica, tais como:

- Estenose duvidosa do tronco da coronária esquerda (estenoses medidas na angiografia em 50%, quando permanece duvidosa a presença de isquemia miocárdica). Quando for autorizado catéter de FFR, nesta situação, não será autorizado o catéter de ultrassom coronário;
- Dúvida diagnóstica de isquemia miocárdica, justificável, após a realização de testes funcionais isquemicos: teste ergométrico, ou, ecocardiograma com estresse, ou, Cintilografia miocárdica com estresse – físico ou farmacológico;
- FRR são recomendados para avaliar o significado funcional e indicar a necessidade de revascularização em pacientes com acometimento coronariano multiarterial no cateterismo (lesões acima de 50% e abaixo de 90%, em mais que duas coronárias epicárdicas) e métodos não invasivos sem presença de isquemia, mas que apresentam sintomas refratários ao tratamentomedicamentoso otimizado (necessário anexar no relatório medicamentos antianginosos utilizados).

31. ATERECTOMIA ROTACIONAL (CATETER ROTABLATOR)

O Rotablator possui cobertura apenas na seguinte situação:

1) Paciente com sintoma anginoso, apesar do tratamento clínico, onde não seja possível realizar angioplastia da artéria que origina a isquemia, por impossibilidade comprovada da passagem do stent ou balões através da lesão com calcificação significativa.

NOTA: Não será coberto utilização de RA em qualquer lesão calcificada, com base no resultado do subgrupo do estudo TAXUS IV ter demonstrado baixo índice de insucesso das angioplastias neste cenário, em relação as lesões não calcificadas.

32. CATETER ASPIRADOR DE TROMBO

Cobertura assistencial restrita ao catéter de extração de trombos cardíaco, mediante análise técnica no caso de Infarto Agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, com até 12 horas de início dos sintomas.

33. VÁLVULA COM PROTEÇÃO ANTICÁLCIO

Cobertura assistencial nas seguintes condições:

- Para pacientes entre 50-60 anos que tenham sido submetidos a cirurgia cardíaca prévia: Plastia mitral, troca valvar mitral ou aórtica, e Cardiopatia congênita corrigida;
- Mulheres em idade fértil;
- Portadores de discrasia sanguínea, por apresentarem contra-indicação a anticoagulação;
- Pacientes portadores de Hiperparatireoidismo e IRC dialítica.

34. CIRURGIA REFRATIVA (verificar VALOR REFERENCIAL OFTALMOLOGIA – CIRURGIA REFRATIVA publicado)

Critérios de elegibilidade:

- Envio de relatório médico descrevendo a refração, acuidade visual corrigida e mapeamento de retina;
- O paciente deve ter idade mínima de 18 anos e refração estável há pelo menos 01 ano;
- Para miopia, o paciente deve apresentar refração entre -5,00 a -10,00 dioptrias esféricas, com ou sem astigmatismo associado, até -4,00 dioptrias cilíndricas. A refração deve ser medida através de cilindro negativo, padrão utilizado no Brasil;
- Para hipermetropia, o paciente deve apresentar refração entre +4,00 a +6,00 dioptrias esféricas, com ou sem astigmatismo associado, até -4,00 dioptrias cilíndricas. A refração deve ser medida através de cilindro negativo, padrão utilizado no Brasil;
- Poderá ser autorizada a correção bilateral, caso haja um dos critérios supracitados unilateralmente, mesmo na presença de refração inferior no olho contralateral.

35. PRÓTESES NACIONAIS OU IMPORTADAS NAS CIRURGIAS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E JOELHO (verificar VALOR REFERENCIAL ORTOPEDIA publicado)

Critérios de Elegibilidade:

- O Planserv contempla a cobertura para a Prótese Importada do **Quadril**, para pacientes

hígidos com idade menor ou igual a 75 anos de idade. Pacientes com idade superior a 75 anos, o Planserv contempla a cobertura da prótese nacional. Ambos procedimentos estão dispostos em formato de Valor Referencial (pacote).

- O Planserv contempla a cobertura para a Prótese Importada de **Joelho**, para pacientes hígidos com idade menor ou igual a 75 anos de idade. Pacientes com idade superior a 75 anos, o Planserv contempla a cobertura da prótese nacional. Ambos procedimentos estão dispostos em formato de Valor Referencial (pacote).

36. TOXINA BOTULÍNICA (Verificar Protocolo Clínico Toxina Botulínica publicado)

Cobertura assistencial para o tratamento com Toxina Botulínica para as seguintes patologias:

1. **DISTONIA CERVICAL E ESPASMO HEMIFACIAL**

Quando preenchido pelo menos um dos critérios de inclusão e nenhum dos critérios de exclusão.

Critérios de inclusão

- Espasmo Hemifacial;
- Distonia Cervical.

Critérios de exclusão

- Gestantes ou mulheres amamentando;
- Hipersensibilidade à toxina botulínica ou a um de seus componentes;
- Doença neuromuscular associada (ex: doenças do neurônio motor, miastenia
- gravis);
- Uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (p. ex:
- aminoglicosídeos);
- Presença provável de anticorpos contra a toxina botulínica, definida por perda
- de resposta terapêutica, após um determinado número de aplicações, em
- paciente com melhora inicial;
- Perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea.

2. **ESPASTICIDADE**

Quando presente pelo menos um dos diagnósticos codificados no item 1.1, preenchido o item 1.2 (critérios de inclusão) e nenhum dos critérios de exclusão.

1. **Critérios de inclusão**

1.1 Apresentar um dos diagnósticos codificados abaixo:

- G04.1 - Paraplagia Espástica Tropical;
- G80.0 - Paralisia cerebral espástica;
- G80.1 - Diplegia espástica;
- G80.2 - Hemiplegia Infantil;
- G81.1 - Hemiplegia espástica;
- G82.1 - Paraplegia espástica;
- G82.4 - Tetraplegia espástica;
- I69.0 - Seqüelas de hemorragia subaracnóidea;
- I69.1 - Seqüelas de hemorragia intracerebral;
- I69.2 - Seqüelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas;
- I69.3 - Seqüelas de infarto cerebral;
- I69.4- Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico;
- I69.8 - Seqüelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas;
- T90.5 - Seqüelas de traumatismo intracraniano;
- T90.8 - Seqüelas de outros traumatismos especificados da Cabeça.

1.2 E apresentar dor ou limitação funcional que comprometa a mobilidade, a marcha, a higiene pessoal ou a realização das atividades de vida diária (AVDs) devidamente informados em relatório médico.

2. Critérios de exclusão

- Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4 (Escala de Ashworth Modifcada);
- Doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, Eaton- Lambert);
- Desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- Infecção no local de aplicação;
- Gestação ou amamentação;
- Uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (ex: antibióticos aminoglicosídeos ou espectinomicina);
- Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos;

NOTA: A bula da toxina botulínica tipo A estabelece dose cumulativa máxima de 400 UI em um intervalo de 3 meses. Excepcionalmente, poderá ser autorizada dose de até 600 UI por sessão,

mantido o intervalo mínimo de 3 meses entre as aplicações, em pacientes com espasticidade multifocal ou extensa, mediante justificativa clínica fundamentada, descrição dos músculos a serem tratados e respectivas doses. Essa conduta encontra respaldo em consensos internacionais e em dados de prática clínica que demonstram a segurança de doses totais superiores a 400 UI em pacientes criteriosamente selecionados e tratados por profissionais experientes (Sheean et al., 2010; Olver et al., 2010; Dressler et al., 2021).

3. TRATAMENTO DA BEXIGA HIPERATIVA

Quando preenchido pelo menos um dos critérios de inclusão e nenhum dos critérios de exclusão.

Critérios de inclusão

- Bexiga hiperativa há pelo menos 6 meses com incontinência urinária de urgência;
- Insucesso no tratamento clínico com modificação comportamental;
- Contraindicações ao uso de antimuscarínico ou efeitos adversos intoleráveis ou insucesso no tratamento com tentativa de pelo menos dois antimuscarínicos e/ou agonista β3-adrenérgico por pelo menos 2 meses cada;
- Exclusão de doenças urológicas que possam confundir o diagnóstico (infecção urinária, litíase vesical ou tumor vesical).

Critérios de exclusão

- Neoplasia ativa da bexiga ou uretra;
- Contraindicações ou alergia ao uso da toxina botulínica;
- Infecção urinária ativa;
- Resíduo urinário pós-miccional superior a 150 ml, em pelo menos duas determinações objetivas (ultrassom ou cateterismo vesical).

Critério de descontinuidade

- Redução de pelo menos 50% na frequência de episódios de incontinência urinaria após a primeira aplicação.

4. MIGRÂNEA OU ENXAQUECA CRÔNICA EM ADULTOS

Critério de inclusão

- Após falha terapêutica, intolerância ou contraindicação ao uso de pelo menos dois medicamentos profiláticos, utilizados em dose adequada e por tempo suficiente (preferencialmente por, no mínimo, 8 semanas cada), tais como propranolol ou metoprolol, topiramato, ácido valproico/divalproato, amitriptilina ou venlafaxina (quando clinicamente

indicada), devendo ser afastado ou tratado o abuso de medicamentos para cefaleia, quando presente.

Critérios de exclusão

- Resposta inadequada ao tratamento (definido como menos de 30% de redução nos dias de dor de cabeça por mês após dois ciclos de tratamento);
- Pacientes menores de 18 anos;
- Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação.

37. DISPOSITIVOS DE TROMBECTOMIA MECÂNICA COM OU SEM ASPIRAÇÃO

Cobertura assistencial para utilização dos dispositivos de Trombectomia (Rotarex e Angioget) nas seguintes situações:

1. Oclusão aguda - aquela que ocorre até 72 horas;
2. Oclusão subaguda - aquela que ocorre até 14 dias;
3. Reoclusão intra-stent - a falência de stent primário nem sempre é acompanhada de agravamento sintomático. Sendo assim, existem casos que nenhuma intervenção subsequente é necessária para a manutenção do estado clínico.

Documentos necessários para solicitação dos dispositivos de Trombectomia nos casos de Oclusão e Reoclusão intra-stent:

- Duplex scan arterial e venoso de membros inferiores ou superiores;
- Relatório do quadro clínico.

O Planserv não oferece cobertura, por menor eficácia e maior risco de complicações nas seguintes situações:

1. Lesões crônicas acima de 14 dias - onde o risco de lesão arterial por vasos grosseiramente calcificados se torna maior;
2. Em vasos de menor calibre, como os infrapatelares;
3. Lesões em que haja posicionamento subintimal do fio guia;
4. Presença de vasoespasmo contínuo;
5. Impossibilidade de ultrapassar a oclusão pelo fio guia;
6. Vasos de calibre reduzido, como os vasos infrapatelares;
7. Enxerto Bypass: Os enxertos cirúrgicos são mais conhecidos como pontes e podem ser realizados utilizando-se tanto uma veia, geralmente a safena, como uma prótese de material sintético - abordagem realizada por técnica de revascularização aberta, pela multiplicidade de causas:
    a. Se a causa da falha do enxerto (por exemplo, estenose anastomótica ou deficiente

saída de fluxo) é identificada e tratada, os resultados reportados são mais favoráveis;

b. Se devido à oclusão precoce do enxerto (dentro de 30 dias após a inserção), geralmente é uma questão técnica (má qualidade das veias, entrada ou saída inadequada, estenose anastomótica, torção do enxerto, defeitos na válvula ou danos relacionados com a clampagem);
c. Causada por trombose tardia do enxerto (>30 dias) - é geralmente resultante da progressão da aterosclerose proximal ou distal ao enxerto, aterosclerose no enxerto, estenose fibrótica ou hiperplasia neointimal no enxerto ou dilatação aneurismática.

Nestes casos, a trombectomia deve ser realizada com Fogarty, conforme Valor Referencial Trombectomia ou Embolectomia Arterial Periférica - Procedimento Associado.

38. CATETER BALÃO FARMACOLÓGICO EM ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA

Cobertura assistencial para o Cateter Balão Farmacológico nas seguintes situações:

1. Lesões estenóticas em Fistula Arteriovenosa (FAV) para Hemodiálise em disfunção por lesões estenóticas ou reestenose intra-stent;
2. Angioplastia para reestenose intra-stent em segmento femoro popliteo.

Documentos necessários para solicitação do Cateter Balão Farmacológico:

- Laudo do exame duplex arterial de membro superior no caso de FAV;
- Laudo do exame de membro inferior para segmento femoro políteo.

Contraindicações para uso do Cateter Balão Farmacológico:

1. Múltiplas estenoses;
2. Goretex graft prótese;
3. Infecção local ou sistêmica;
4. Alergia ao contraste ou ao Paclitaxel;
5. Pacientes tratados com quimioterapia para neoplasia;
6. Mulheres grávidas, amamentando ou que pretendam engravidar;
7. Pacientes que não podem receber terapêutica antiplaquetária ou anticoagulante;
8. Homens que pretendam ter filhos.

39. MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA – FLOTRAC/STARLING

MÉTODO NÃO INVASIVO SENSOR STARLING

O sistema STARLING de biorreatância elétrica torácica, método utilizado pelo sistema, analisa a amplitude e frequência das mudanças de impulsos elétricos à medida que passam através do tórax.

Cobertura assistencial para o Sensor Starling quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e nenhum dos critérios do Grupo 2:

Grupo 1 (Critérios de elegibilidade):

- Sepse grave;
- Choque séptico;
- Choque anafilático;
- Choque neurogênico;
- Insuficiência Renal aguda;
- Choque cardiogênico cuja etiologia não esteja relacionada nos critérios de exclusão.

Grupo 2 (Critérios de exclusão):

- Insuficiência aórtica grave;
- Anomalias anatômicas da aorta torácica graves;
- Marcapassos externos e marcapassos internos com eletrodos unipolares;
- Aplicação em pele que não esteja íntegra;
- Pacientes com doença cardíaca congênita associada a shunts intracardíacos complexos;
- Pacientes com dispositivos de assistência de fluxo contínuo ao ventrículo esquerdo.

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NÃO INVASIVA NO CENTRO CIRÚRGICO (STARLING)

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e nenhum dos critérios do Grupo 2:

Grupo 1 (Critérios de elegibilidade):

1. **Idade ou ASA**
    - Idade igual ou superior a 60 anos ASA > ou = 2;
    - Idade menor que 60 anos e Classificação ASA > ou = 3.

2. **Critérios de risco pré-operatório**

- Tempo anestésico superior a 2 horas que equivale a porte cirúrgico a partir de Porte 2;
- Cirurgia de Urgência/Emergência.

3. **Procedimentos de alto risco cirúrgico: cirurgias abertas**

- Aórtica e vascular maior Amputação Revascularização e tromboembolectomia;
- Duodeno-pancreática Hepática e ducto biliar;
- Esofagectomia intestinal;
- Ressecção adrenal;
- Cistectomia;
- Pneumectomia;
- Lobectomia pulmonar;
- Esofagectomia;
- Gastrectomia;
- Ressecção hepática;
- Ressecção retal;
- Pancreatectomia;
- Fratura Fêmur ou do quadril;
- Revisão de cirurgias do quadril;
- Correção de Aneurisma aórtico abdominal;
- Outras cirurgias em pacientes com fator de risco para sangramento: coagulopatia, disfunção hepática, história de trombose prévia ou trombofilia.

Grupo 2 (Critérios de exclusão):

- Cirurgias Laparoscópicas que pela técnica tem menor risco de sangramento;
- Choque séptico em estado hiperdinâmico;
- Fração de ejeção < 35% prévia;
- Fibrilação Atrial prévia;
- Portador de Marcapasso;
- Pacientes com dispositivos de assistência de fluxo contínuo ao ventrículo esquerdo;
- CEC.

MÉTODO MINIMAMENTE INVASIVO SENSOR FLOTRAC

Cobertura assistencial para o sensor FloTrac quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo 1 e nenhum dos critérios do Grupo 2:

Grupo 1 (Critérios de elegibilidade):

- Lesão Pulmonar Aguda e grave ou SARA pela necessidade de avaliação de PAP/PAPO;
- Obstrução circulatória por Embolia Pulmonar e Pneumotórax Hipertensivo;
- Situações em que a pele não esteja íntegra (sinais de infecção, condições alérgicas, queimaduras, etc).

Grupo 2 (Critérios de exclusão)

- Pacientes com dispositivos de assistência ventricular ou balão intra-aórtico de contrapulsação;
- Insuficiência aórtica ou Tricúspide grave;
- Valores errôneos na presença de marca-passos externos e internos e dispositivos de assistência ventricular (DAVE);
- Hipertensão Pulmonar Grave;
- Alterações na aorta torácica;
- Derivações intracardíacas;
- Pacientes em uso de balão intra-aórtico;
- Pacientes com artérias de fino calibre, muito ateromatosas;
- Membros com fístula arteriovenosa;
- Pacientes mastectomizados;
- Sepse grave;
- Pós transplante de fígado;
- Arritmias graves;
- Choque séptico em estados hiperdinâmicos.

40. MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA

Cobertura ao uso da Matriz de Regeneração Dérmica como substituto dérmico apenas no tratamento queimaduras e sequelas de queimaduras graves e extensas, sem possibilidade de cobertura completa com enxerto autólogo ou acesso a banco de pele.
A solicitação da MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA deve ser realizada apenas pela especialidade **cirurgia plástica reparadora.**

- Na solicitação deve constar relatório médico com a descrição clínica da área comprometida e grau de comprometimento da superfície corporal da queimadura, com justificativa técnica referente a não possibilidade de cobertura completa com enxerto autólogo e impossibilidade de acessibilidade a banco de pele.

Necessita de autorização técnica prévia à utilização, com parecer consubstanciado da Regulação Médica.

41. DEFICIÊNCIA DE FERRO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL E PÓS-PARTO EM PACIENTES INTERNADOS.

Ferinject terá cobertura nas indicações abaixo descritas, para pacientes internados, e necessita de análise da pertinência técnica para autorização do uso.

Diretriz de utilização adotada pelo PLANSERV para deficiência de ferro na insuficiência cardíaca:

Critérios de inclusão:

- Pacientes internados;
- Adultos (idade ≥18 anos) com Deficiência de Ferro e ICFEr NYHA III que estejam internados e estáveis com FE< ou = 45%;
- Deficiência de Ferro: O diagnóstico de deficiência de ferro deve ser baseado em exames laboratoriais:
    - Ferritina < 100 mg/l
      ou
    - Ferritina 100 – 299 mg/l + Saturação de Transferrina <20%

Critérios de exclusão:

- Indivíduos com idade inferior a 18 anos;
- Infecção ativa;
- Malignidade ativa;
- Hipersensibilidade a Carboximaltase Férrica;
- Contraindicado em caso de anemia não causada por deficiência de ferro.

Diretriz de utilização adotada pelo PLANSERV para deficiência de ferro em mulheres no período gestacional e pós-parto:

Critérios de inclusão:

- Pacientes internados;
- Anemia moderada a grave (Hb 7-9 g/dL);
- Falha de resposta ou contraindicação para ferro oral (pacientes com doença inflamatória intestinal ou submetidas a cirurgia da obesidade (bypass Roux-en-Y) ou procedimentos biliopancreáticos);
- Intolerância ao ferro oral (náuseas, vómitos, diarreia, obstipação, mal-estar);
- Má absorção ou necessidade de reposição rápida;

- Ausência de resposta ao ferro por via oral (160 mg/dia a 200 mg/dia por 2 semanas);
- Deficiência de ferro comprovada (ferritina sérica < 15 ug/l);
- Exclusão de outras causas de anemia;
- Idade gestacional > 16 semanas;
- Recusa a transfusão de sangue (testemunhas de Jeová);
- Curto tempo até o parto.

Critérios para uso de ferro parenteral:

- Riscos associados (doenças intestinais);
- Anemia pós-parto;
    - **No Pós-Parto:**
    - Casos mais graves (HB < 9,5 G/DL) ferro por via endovenosa.

Contraindicações para a administração de ferro endovenoso na gravidez:

- Gestante no 1º trimestre;
- Infeção aguda ou crónica ativa e a doença hepática ativa.

42. CATETER PARA LIV CORONÁRIA - SHOCKWAVE

A litotricia intravascular coronária através do sistema Shockwave, sendo utilizado através de um equipamento que emite ondas de choques de pressão acústica por segundos, capaz de quebrar as placas de cálcio de maneira localizada e segura, tornando eficaz a dilatação por balão e restaurando o fluxo sanguíneo.O tamanho do balão baseia-se no tamanho do stent desejado para a lesão-alvo (ou seja, 1:1 para o diâmetro do vaso de referência) e geralmente é guiado por USIC ou OCT.

DIRETRIZ DE COBERTURA:

- Podem ser abordados **vasos de 2,5 a 04 mm**. Os balões coronários de LVI têm 12mm de comprimento e variam entre 2,5mm a 4,0mm de diâmetro, com incrementos de 0,5mm;
- Acesso a **vasos tortuosos e a vasos angulados**. A abordagem de bifurcação é sempre desafiadora pela angulação e tortuosidade. Podem ser utilizados extensores de cateter-guia ou fios-guia em paralelo (buddy-wire), para facilitar a introdução e o posicionamento desse balão de maior perfil.

CONTRAINDICAÇÕES:

- Este dispositivo não se destina à entrega de stents;
- Este dispositivo não se destina ao uso em artérias carótidas ou cerebrovasculares.

Esclarecemos que como se trata de OPME, sua autorização e pagamento estão condicionados a

análise técnica com parecer consubstanciado da auditoria especializada na guia de solicitação.

NOTA: O prestador deverá encaminhar toda a documentação para análise da comissão médica autorizadora, incluindo relatório médico, e laudo de exame complementar, como: Cineangiocoronariografia (CATE).

43. MEDICAMENTO NIRSEVIMABE (BEYFORTUS)

Cobertura assistencial conforme indicação em bula Anvisa:

- **Recém-nascidos e bebês lactentes** entrando ou durante sua primeira temporada do VSR;
- **Crianças de até 24 meses de idade** que permanecem vulneráveis à doença grave causada pelo VSR até a sua segunda temporada do VSR, que pode incluir, mas não se limita a crianças com:
    - Doença pulmonar crônica da prematuridade (DPC);
    - Doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa (DCC);
    - Imunocomprometidos;
    - Síndrome de Down;
    - Fibrose cística;
    - Doença neuromuscular;
    - Anomalias congênitas das vias aéreas.

NOTA: Necessita de autorização técnica prévia à utilização, com parecer consubstanciado da regulação médica;

Tabela de Medicamentos Planserv:

CÓDIGO DO MEDICAMENTO	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
90391381	BEYFORTUS 100 MG C/ SER PREENC 1,0 ML
90391390	BEYFORTUS 50 MG C/ SER PREENC 0,5 ML

44. PET-CT ONCOLÓGICO

Cobertura assistencial para o PET-CT Oncológico nas seguintes condições clínicas:

CÂNCER DE PULMÃO:

- **Estadiamento Inicial (Nodal e Lesões Sistêmicas):**
  - Carcinoma de Não Pequenas Células (com anatomopatológico), com fins de ressecabilidade, sem evidências de metástases.

- **Re-estadiamento:**
  - Na diferenciação entre recidiva local e fibrose cicatricial (pós-cirúrgica) quando outros métodos diagnósticos não forem suficientes para elucidar;
  - Na diferenciação de uma nova lesão **após tratamento inicial** (seja recidiva local ou metástase) quando outros métodos diagnósticos não forem suficientes para elucidar;
  - Diretriz de Utilização PLANSERV não contempla o PET-CT como exame para "seguimento (follow up)" dos pacientes com câncer de pulmão (seja para pacientes que atingiram resposta completa ou que apresentaram progressão);
  - **OBS:** O Consenso entre a Sociedade Brasileira de Cancerologia e da Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear não inclui (não sugere) o exame de PET CT para seguimento.

NÓDULO SOLITÁRIO DE PULMÃO:

- **Avaliação de nódulo solitário de pulmão (sem anatomopatológico) quando preenchidos todos os seguintes critérios:**
  - Ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
  - Nódulo maior que 1,0 (um) centímetro;
  - Nódulo não espiculado;
  - Nódulo sem calcificações.

LINFOMA:

- **Estadiamento Primário.**
- **Re-Estadiamento (avaliação da resposta terapêutica):**

Após conclusão do tratamento de quimioterapia de primeira linha.

- **Recidiva:**

Para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico com a finalidade de definição / programação terapêutica.

- O PET CT não será autorizado para Linfomas Não Hodgkin de Baixo Grau;
- Diretriz de Utilização PLANSERV não contempla O PET CT como exame para Seguimento (Follow Up) dos pacientes com Linfomas (seja para pacientes que atingiram resposta completa ou que apresentaram progressão);
- **OBS:** O consenso entre a Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear classifica o uso de PET-CT no seguimento (follow-up) de rotina para pacientes com linfoma como "Classe 3" (desnecessário ou sem dados suficientes na literatura).

CÂNCER COLORRETAL:

- Para pacientes com câncer colorretal com metástase hepática ou pulmonar potencialmente ressecável (proposta curativa e não paliativa), quando os exames diagnósticos convencionais não forem suficientes esclarecedores para avaliação da lesão;
- Para pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, já tratados, que evoluíram com elevação súbita de CEA e os métodos de imagens habituais de rastreamento não identificaram recidiva ou metástases.

MELANOMA:

- **Estadiamento:**

Melanoma de alto risco (Tumor ≥1,5 mm de espessura, ou Linfonodo sentinela positivo, ou linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores.

- Para paciente estádio IV, com evidências ou confirmação de metástase, o PET CT não mudará a conduta terapêutica, e, portanto, não terá cobertura por parte do PLANSERV.

- **Recidiva:**

Para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

  - Diretriz de Utilização PLANSERV não contempla O PET CT como exame para re-estadiamento ou para seguimento (follow up) dos pacientes com melanoma (seja para pacientes que atingiram resposta completa ou que apresentaram progressão).
  - **OBS:** O Consenso entre a Sociedade Brasileira de Cancerologia e da Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear não inclui (não sugere) o exame de PET CT para seguimento dos pacientes com melanoma.

CÂNCER DE MAMA:

- Na doença localmente avançada com lesão a distância não adequadamente avaliada pelos métodos de imagem tradicionais e com programação de cirurgia e/ou quimioterapia neoadjuvante.
- Para o diagnóstico do câncer de mama metastático, quando os exames de imagem tradicionais não elucidaram suficiente em relação a uma ou mais lesões identificadas a distância e desde que essa elucidação seja decisiva para o estadiamento ou planejamento terapêutico.
- Para monitorar a resposta ao tratamento nos casos das lesões não visualizadas adequadamente pelos métodos tradicionais de imagem, mas que conseguiram ser adequadamente avaliadas pelo PET.
- Diretriz de Utilização PLANSERV não contempla o PET CT como exame de seguimento (follow up) nas pacientes tratadas e sem evidência de lesões identificáveis ou com lesões identificadas, mas que possam ser acompanhadas pelos métodos de exames convencionais.

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO:

- Na presença de imagem pulmonar ou hepática que seja suspeita de metástase oriundas da região da cabeça e do pescoço, e quando os exames de imagem convencionais não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão.
- Quando documentado por uma biópsia de uma lesão ou linfonodo cervical, com resultado de “carcinoma de células escamosas, ou adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

TUMOR NEUROENDÓCRINO:

- Tumores Neuroendócrinos potencialmente expressores de receptores de somatostatina quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - Tumor primário não identificado pelos métodos de imagem tradicionais.
  - Quando o rastreamento da doença metastática não tenha sido satisfatório com os métodos de imagem tradicionais.
  - Quando os exames convencionais não forem suficientes para detectar a doença residual, recorrente ou progressiva, diante da presença de receptores da somatostatina.

CÂNCER DE ESÔFAGO:

- Câncer de esôfago localmente avançado para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).
  - ✓ A autorização do exame PET CT requer autorização prévia, mediante solicitação médica contendo todas as informações mínimas necessárias para a análise, entre elas: relatório médico informando diagnóstico da doença, estadiamento da doença, resultado dos exames realizados quando for o caso (exames de imagem, marcadores tumorais, histologia do tumor, imunohistoquímica, etc.), terapêutica instituída quando for o caso (cirurgias, radioterapia e quimioterapia) e status clínico do paciente.
  - ✓ O PET- CT não será autorizado para as patologias benignas.
  - ✓ O PET CT será autorizado através do **código 34020012, PET - CT (inclui honorários, serviços e insumos).** A remuneração deste exame já contempla honorários médicos e de outros profissionais, taxas, serviços e insumos. Nenhum serviço ou insumo poderá ser cobrado adicionalmente ao valor já definido.

45. DIÁSTASE DOS RETOS ABDOMINAIS

Cobertura assistencial para o Tratamento Cirúrgico da Diástase dos Retos Abdominais:

- Diástases com 2,5 cm ou mais evidenciada em exame de imagem (USG de parede abdominal);
- Requer autorização prévia.

Documentos necessários para solicitação:

- Relatório médico;
- USG de parede abdominal.

46. GIGANTOMASTIA (verificar em https://planserv.ba.gov.br/planserv/prestador/formularios)

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:

Cobertura assistencial do Tratamento Cirúrgico da Gigantomastia desde que atendidos todos os critérios clínicos e administrativos estritamente definidos para autorização elencados abaixo:

1.1 Necessidade de autorização prévia;
1.2 Beneficiárias com idade superior a 18 anos;
1.3 IMC menor que 30 e estável por 12 meses com comprovação por laudos médicos ou nutricionais;
1.4 Gigantomastia sintomática. Presença de pelo menos dois dos sintomas abaixo registrados em relatório médico assistente:
  1.4.1 Dor crônica mamária ou cervical devido ao peso das mamas;
  1.4.2 Intertrigo inframamário recorrente e refratário;
  1.4.3 Sulcos nos ombros decorrentes do peso das alças do sutiã;
  1.4.4 Dor ou parestesia devido à compressão do plexo braquial;
  1.4.5 Alterações posturais com impacto funcional (cifose, hiperlordose, etc.).
1.5 Apresentação de relatório médico da Cirurgia Plástica justificando a indicação médica não estética da Cirurgia de Correção da Gigantomastia com descrição dos sintomas e falha de medidas conservadoras; documentando a persistência, apesar de pelo menos 3 meses de teste com medidas terapêuticas de pelo menos um dos critérios elencados a seguir:
  1.5.1 Dor crônica na coluna cervical ou torácica superior sem outros fatores precipitantes agudos;
  1.5.2 Dor crônica nos ombros e sobre o músculo trapézio;
  1.5.3 Dor de cabeça não relacionadas a outra causa;
  1.5.4 Dor com inclinação cervical e cifose associada documentada por radiografia;
  1.5.5 Dor, desconforto, ulceração na região das alças do sutiã cortando os ombros;

1.6 Apresentação de relatório médico da Mastologia informando que paciente não tem patologia mamária que seja fator impeditivo para Correção de Gigantomastia;

1.7 Apresentação de relatório médico da Ortopedia indicando patologias da coluna e sua correlação com o aumento das mamas, exames de imagem que indiquem patologias osteomusculares tais como hiperlordose lombar, cifose etc.; informações sobre outras possíveis causas dos sintomas álgicos da paciente que foram descartadas, impacto da dor na qualidade de vida da paciente e tentativa documentada de tratamento conservador da dor por pelo menos 3 meses, incluindo: fisioterapia postural; medicamentos analgésicos e/ou anti-inflamatórios e uso de sutiã terapêutico;

1.8 Pelo menos 03 indicadores positivos para hipertrofia mamária grave descritos abaixo (sendo o "afundamento da musculatura," item obrigatório) evidenciados pela perícia médica com o auxílio de formulário próprio (Anexo I):

1.8.1 Afundamento da musculatura supra-clavicular ("degrau" ou "depressão" na musculatura supra-clavicular da musculatura) – item obrigatório;

1.8.2 Indice de Sacchini – IS (distância média entre a distância do mamilo ao sulco inframamário e do mamilo à margem lateral do esterno) maior que 11;

1.8.3 Distância intermamilar – DI (distância entre os mamilos, ou seja, a medida da separação entre o mamilo esquerdo e o mamilo direito) maior que 35 cm;

1.8.4 Circunferência mamária - CM (medida da circunferência do tronco passando sobre o ponto mais volumoso das mamas) maior que 110 cm;

1.8.5 Circunferência torácica - CT (medida da circunferência ao redor do corpo, passando logo abaixo dos seios, na base da mama) maior que 100 cm;

NOTA:

- Será autorizada a cirurgia para as beneficiárias que confirmarem o diagnóstico através de relatórios conforme especificados nos critérios para autorização da cirurgia (item 2), IMC menor que 30 e estável por 12 meses, presença de pelo menos dois dos sintomas relacionados a gigantomastia sintomática registrados no item 2.4 e pelo menos 03 indicadores positivos para hipertrofia mamária grave descritos no item 2.8 acima (sendo o "afundamento da musculatura" item obrigatório);
- Pacientes que não preencherem os critérios acima para autorização, não poderão realizar a cirurgia, ainda que outros fatores clínicos possam estar associados, como por exemplo, o status psicológico das pacientes;
- O procedimento só poderá ser realizado por prestador da rede PLANSERV credenciado na especialidade de cirurgia plástica ou mastologia.

47. GINECOMASTIA (verificar em https://planserv.ba.gov.br/planserv/prestador/formularios)

Cobertura assistencial do Tratamento Cirúrgico da Ginecomastia conforme previsto pelo Decreto 11.257 de 21 de outubro de 2008 desde que atendidos **todos** os critérios clínicos e administrativos para autorização elencados abaixo:

- Necessária autorização médica prévia.
- Apenas para beneficiários do sexo masculino.
- Idade maior ou igual a 14 anos.
- A solicitação deve ser acompanhada de relatório médico.
- Exames de imagem (Ultra-sonografia e/ou mamografia) poderão ser solicitados pelo Planserv para avaliação do parênquima mamário.
- Apenas Ginecomastia relevante (com 4 cm ou mais) projetando a mama além da parede torácica.
- Perícia médica prévia.

NOTA:

- O Tratamento Cirúrgico da Ginecomastia é coberto pelo Planserv através de pacotes: 84.70.105-7 - **Ginecomastia unilateral** e 84.70.195-7 **Ginecomastia Bilateral** publicados no documento: Valor Referencial Mastologia.
- O Planserv recomenda que a cirurgia só deva ser indicada depois de afastadas causas patológicas de ginecomastia.
- O Planserv não cobre cirurgia de lipomastia.
- O Planserv não cobre técnica de lipoaspiração para o tratamento da ginecomastia.

48. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MAMAS

Cobertura assistencial para RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MAMAS quando preenchida pelo menos uma das indicações do Grupo 1; desde que os métodos convencionais (Mamografia e/ou Ultrassonografia) não tenham sido esclarecedores o suficiente e quando a Ressonância puder modificar a conduta terapêutica .

Grupo 1

1. Pacientes com risco genético elevado (maior ou igual a 25%) para câncer de mama (comprovado por exames com mutações patogênicas nos genes BRCA1, BRCA2, CDH1, ATM, PALB2, PTEN TPS3);
2. Paciente não testada geneticamente, mas com parente de primeiro grau testada para mutações genéticas (comprovando mutações patogênicas nos genes BRCA1, BRCA2, CDH1, ATM, PALB2, PTEN, TP53);

3. Risco maior ou igual a 25% definido pelo BRAC-PRO ou outro modelo de avaliação de risco, que seja amplamente dependente da história familiar;
4. Sindrome de Li-Fraumeni e parentes de primeiro grau;
5. Síndrome de Cowden e Bannayan-Riley-Ruvalache e parentes de primeiro grau;
6. Na avaliação complementar de pacientes que foram comprovadamente submetidas a radiação torácica entre os 10 e 30 anos de idade;
7. Para avaliar a extensão de doença residual quando a histologia da margem cirúrgica demonstrou estar comprometida por neoplasia;
8. No câncer de mama oculto (paciente com linfonodo com citologia ou histologia positiva para câncer, porém com mamografia, ultrassonografia e exame físico sem anormalidade);

    a. Nesta situação, poderá ser autorizado adicionalmente uma ultrassonografia "Second Look (Ultrassom direcionado a área de realce apontada na ressonância)

9. Na diferenciação entre cicatriz cirúrgica ou tumor (no caso de mamas com cirurgias prévias);
10. Na suspeita de recidiva ou no esclarecimento de lesões onde o exame físico, associados a mamografia, ultrassonografia e a citologia tenham sido inconclusivos;
11. Para avaliar lesões suspeitas ou indefinidas, em pacientes portadoras de implantes (próteses) mamários;
12. Para avaliar suspeita de perda da integridade de implantes (próteses) mamários;

    NOTA: Para os dois casos anteriores (**itens 11 e 12**), será necessária a realização prévia de Mamografia e/ou Ultrassonografia indicando ou recomendando a realização da Ressonância ou com conclusão não esclarecedora sobre a lesão ou a integridade da prótese.

13. Avaliação de implante tumoral em "mama oposta" quando confirmada a presença de câncer na outra mama;
14. Na definição da conduta cirúrgica (se quadrantectomia ou mastectomia) em pacientes com confirmada lesão maligna na mesma mama;
15. Na avaliação e planejamento (pré) e na reavaliação (pós) de pacientes candidatas ou submetidas a quimioterapia neoadjuvante;
16. Na avaliação após quimioterapia adjuvante, nas situações onde a Mamografia e Ultrassonografia não tenham sido suficientes para avaliar a resposta quimioterápica ou para definir conduta terapêutica (por exemplo em pacientes muito jovens (com mamas muito densas), pacientes com carcinoma lobular invasivo (o qual está associado a multicentricidade, multifocalidade e bilateralidade);

NOTA: Ressonância Magnética da mama não será autorizada como método de screning em pacientes de risco populacional normal.

49. SISTEMA DE PULSE LAVAGEM

Sistema de Pulse Lavagem Cirúrgico, principais vantagens e impacto no resultado:

- Promove limpeza mais eficiente canal medular.
- Remoção de tecidos desvitalizados e biofilme com mais eficácia que irrigação manual.
- Diminuição da carga bacteriana, reduzindo risco de infecção.
- Favorece a limpeza de área contaminada e infectada, como fratura exposta, osteomielite.
- Reduz tempo cirúrgico.
- Melhor visualização do local da cirurgia.

Diretriz de Utilização:

- **Ortopedia e Traumatologia:** nos casos de artroplastia de joelho, quadril e ombro, revisão de próteses, fraturas expostas, fraturas fechadas com necessidade de limpeza medular nos casos de indicação de implante de haste intramedular, osteomielites, limpeza de cavidade óssea antes da cimentação da prótese.

50. ANALGESIA POR DIA SUBSEQUENTE

➢ **Analgesia por Dia Subsequente**

Cobertura assistencial quando preenchido pelo menos um dos critérios:

1. Pacientes portadores de dor crônica;
2. Uso de drogas de alto risco que necessitam de monitorização de médico especialista em dor para administração (ex: opióides, anestésicos);
3. Requer autorização prévia e é destinada a casos que necessitam de manutenção de técnicas analgésicas contínuas após o primeiro dia de realização do procedimento cirúrgico ou bloqueio inicial.

➢ **Analgesia Multimodal Subsequente (sem medicamento de alto risco)**

1. Requer autorização prévia e é destinada ao atendimento em que o paciente permanece em analgesia multimodal com múltiplos fármacos, porém sem necessidade de utilização de medicamentos de alto risco.

51. EXAMES MOLECULARES PARA PESQUISA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

1. TESTE PCR (POLYMERASE CHAIN REACTION) – PESQUISAS

Cobertura assistencial conforme critérios:

- Indicação clínica documentada: sintomas sugestivos de Infecção Sexualmente Transmissível (IST); triagem em gestantes; múltiplos parceiros sexuais; histórico prévio de IST; investigação de infertilidade.
- Pesquisa restrita aos patógenos contemplados: Chlamydia trachomatis; Neisseria gonorrhoeae; Ureaplasma parvum; Ureaplasma urealyticum; Mycoplasma hominis; Trichomonas vaginalis; Gardnerella vaginalis; Fungos: exclusivamente para investigação molecular de infecção recorrente ou sistêmica.

2. HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR – CAPTURA HÍBRIDA HPV

- Indicação clínica compatível com investigação de HPV.

3. DNA – HPV POR PCR

- Indicação clínica compatível com investigação de HPV.

Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde – CGPS/PLANSERV