

**DEZEMBRO  
2021**

**ORIENTAÇÕES  
ROL DE  
PROCEDIMENTOS  
MÉDICOS  
PLANSERV**

# ORIENTAÇÕES DO ROL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DO PLANSERV

O Rol de Procedimentos Médicos do Planserv encerra todos os procedimentos médico-hospitalares diagnósticos ou terapêuticos cobertos pelo Planserv. O Rol está amparado legalmente pelo Decreto Estadual nº 9552, de 21 de setembro de 2005, que define a cobertura assistencial do Planserv e pelos demais dispositivos legais que alteram este decreto. Cabe ressaltar que o Planserv é regulado por decreto estadual e não está subordinado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não utiliza o Rol de Cobertura desta agência.

O Rol de Procedimentos Médicos do Planserv teve origem na Tabela AMB 92, com a qual ainda guarda algumas semelhanças, entretanto este documento é próprio e específico do Planserv, e atualmente mescla códigos da tabela AMB com a tabela TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Este documento traz o conjunto de regras e orientações que regimentam a utilização e cobrança dos procedimentos cobertos pelo Planserv e publicados no "Rol de Procedimentos Médicos do Planserv".

Esta orientação entra em vigência a partir de 1º de janeiro de 2020.

Entendendo a estrutura da LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

Exemplos:

Código	Descrição	Tabela de Referência	Aut Técnica - Não Intern	Aut Técnica - Internado	REM	Classe/Faixa	Valor	Nº Auxiliares
32050178	Tórax - 1 Incidência	Própria	Eletrônica	Não	VR	I1	39,10	0
30602157	Mastectomia simples	TUSS	Técnica	Técnica	FX	H18	700	1

Código	Descrição	Porte Anestésico	Valor Porte Anestésico	Filme m <sup>2</sup>	Valor Filme	Valor em R\$ (FX = 0,26) (VR = 0,20)	Valor em R\$ (FX = 0,26) (VR = 0,22)
32050178	Tórax - 1 Incidência		R\$ -	0,1540	R\$ 3,34	R\$ 7,82	R\$ 8,60
30602157	Mastectomia simples	Porte 3	R\$ 236,26	0,0000	R\$ -	R\$ 182,00	R\$ 182,00

**1. A Codificação:** A estrutura do código traz as seguintes especificações:

- a. Até fevereiro de 2018, a estrutura de codificação seguia o racional aplicado pela Tabela AMB, que traz uma segmentação de grupos e subgrupos, estabelecendo vínculos com a especialidade e sub-especialidade (Códigos iniciados com 47 são procedimentos essencialmente da Mastologia; Códigos iniciados com 52 procedimentos essencialmente da Ortopedia). Entretanto a partir de março de 2018, os códigos oriundos da tabela AMB foram mesclados com códigos da tabela TUSS. Em função desta alteração, a habilitação da especialidade para os procedimentos não está mais vinculada ao código do procedimento, mas sim pela habilitação estabelecida no contrato do prestador com o Planserv.

- b. **NOTA:** No Rol de Procedimentos cobertos pelo Planserv (documento publicado a parte em formato de planilha de Excel) apresentamos uma planilha anexa "De\_PARA\_TABELA\_PRÓPRIA - TUSS", que traz a lista de códigos no formato AMB que foram substituídos pelo código TUSS.
2. **Nome do Procedimento:** Traz a descrição utilizada pelo Planserv para um procedimento específico. É importante estar atento ao descritivo completo, pois em alguns casos, o Planserv faz referências de cobertura no próprio descritivo do procedimento. Exemplos: "*Punção Ou Biópsia Percutânea Da Mama- Até 03 lesões- Guiada Por Usg (Inclui A Usg)*";
3. **Tabela de Referência:** Informa a origem do código do procedimento, se vem da TUSS (mais recentemente) ou se vem da tabela própria (que por sua vez teve origem na Tabela AMB).
4. **Autorização Técnica Não Internado e Internado:** A partir de março de 2018 todos os procedimentos médicos cobertos pelo Planserv, realizados na condição "**Não Internado**", necessitam de autorização prévia. Para os pacientes internados, segue a orientação publicada no campo "Aut. Técnica Internado" publicado no "Rol do Planserv" (arquivo em excel). Este campo orienta quando a autorização será eletrônica (automática), quando será objeto de análise técnica, ou mesmo se não necessita de autorização (exclusivo para a condição internado).
  - a. Cabe ressaltar que os procedimentos considerados eletivos a solicitação deve ser obrigatoriamente antes da realização do procedimento;
  - b. Para os procedimentos considerados de urgência e emergência, quando não for possível a autorização prévia ao atendimento, a mesma deve ser solicitada até 24 horas após o atendimento, e obrigatoriamente antes do faturamento da conta.
5. **Tipo de Remuneração (REM):** O Tipo de Remuneração define se o procedimento terá uma remuneração fixa (FX) (mesmo valor independente da classe do prestador) ou Variável (VR) (a remuneração varia a depender do valor do CH contratado do prestador);
  - a. A remuneração dos procedimentos médicos cobertos pelo Planserv é obtida pelo produto da Quantidade de CH vezes o valor do CH do Prestador. Este CH pode variar de acordo a classe do prestador, entretanto esta variação **só** se aplica para os procedimentos com "Tipo de Remuneração (REM)" Variável (**VR**). Os procedimentos com "Tipo de Remuneração (REM)" Fixa (**FX**) tem mesmo valor independente da classe do prestador;
    - i. Nos dois exemplos citados neste documento teríamos: O valor pago ao "Raio-X de Tórax" será 46 CHs, vezes o valor do CH do prestador (variável por prestador, sendo R\$ 0,20 ou R\$ 0,22 reais). Já Mastectomia Simples será 700 CHs, vezes o valor do CH padrão para remuneração Fixa que atualmente representa R\$ 0,26 (Vinte e seis centavos) independente da classe do prestador;
    - ii. **NOTA:** As Consultas e Visitas Hospitalares são remuneradas em R\$ (Reais) e não em CH como os demais procedimentos desta tabela;
6. **Grupo / Faixa de Remuneração:**

- a. Os procedimentos cobertos pelo Planserv foram agrupados levando em consideração aspectos técnicos (procedimentos que guardam relação ou semelhança entre si, ou por pertencerem a uma mesma especialidade) e aspectos administrativos internos, próprios do Planserv. Os grupos terão independência entre si;
- b. Cada grupo terá faixas de remuneração. As faixas serão remuneradas em CH (coeficiente de honorário). Todos os procedimentos com mesmo grupo e faixa terão o mesmo valor de CH;
- c. A remuneração final de cada procedimento continua sendo o produto da multiplicação da quantidade de CH (agora representado por seu grupo e faixa de remuneração) vezes o valor da CH do prestador;
- d. Os grupos, faixas e seus respectivos modelos de remuneração serão:

<b>Grupos</b>	<b>Descrição Do Grupo</b>	<b>Faixas de Rem</b>
C	Grupo de Consultas e Visitas	2
D	Grupo de Diagnóstico (Exames exceto Imagem e Laboratório)	26
H	Grupo de Procedimentos Intervencionistas (Cirurgias e outros)	28
I	Grupo de Imagem (Rx, USG, TC e RNM)	28
L	Grupo de Laboratórios (Inclui Códigos 26 e 27)	30
T	Grupo de Terapias (Não Intervencionistas)	5

<b>REM</b>	<b>R\$</b>	<b>TIPO DE REMUNERAÇÃO</b>
<b>FX</b>	<b>0,26</b>	Remuneração FIXA (Não varia com a classe do prestador)
<b>VR</b>	<b>0,20 ou 0,22</b>	Remuneração VARIÁVEL (Varia com a classe do prestador)

As remunerações (quantidade de CH) das faixas por grupo serão:

Grupo/Faixa	Qtdº CH	Grupo/Faixa	Qtdº CH	Grupo/Faixa	Qtdº CH	Grupo/Faixa	Qtdº CH	Grupo/Faixa	Qtdº CH
D0	0	H0	0	I0	0	L0	0	T0	0
D1	9	H1	30	I1	40	L1	9	T1	10
D2	25	H2	40	I2	44	L2	12	T2	40
D3	40	H3	60	I3	51	L3	14	T3	70
D4	50	H4	80	I4	60	L4	17	T4	350
D5	60	H5	100	I5	68	L5	26	T5	910
D6	70	H6	120	I6	102	L6	34		
D7	80	H7	150	I7	119	L7	38		
D8	90	H8	180	I8	139	L8	43	<b>Grupo/Faixa</b>	<b>Reais</b>
D9	100	H9	200	I9	153	L9	51	C1	55
D10	120	H10	240	I10	187	L10	55	C2	65
D11	140	H11	250	I11	213	L11	60		
D12	150	H12	300	I12	255	L12	68		
D13	200	H13	400	I13	285	L13	72		
D14	220	H14	450	I14	383	L14	77		
D15	250	H15	500	I15	425	L15	85		
D16	280	H16	600	I16	510	L16	98		
D17	300	H17	650	I17	595	L17	106		
D18	350	H18	700	I18	642	L18	128		
D19	400	H19	800	I19	770	L19	145		
D20	525	H20	1000	I20	1020	L20	170		
D21	700	H21	1250	I21	1301	L21	213		
D22	850	H22	1400	I22	1530	L22	255		
D23	1000	H23	1500	I23	1581	L23	340		
D24	1200	H24	2000	I24	1700	L24	510		
D25	1650	H25	2500	I25	1870	L25	723		
D26	1800	H26	3500	I26	2125	L26	914		
D27	2200	H27	4500	I27	2550	L27	1020		
D28	2500	H28	8000	I28	10438	L28	1105		
D29	3000					L29	1275		
						L30	1530		

O Grupo C (Grupo de Consultas e Visitas Hospitalares) tem remuneração em reais, com tipo de remuneração FIXA.

7. **Valor:** Representa o valor pago por cada procedimento. Na grande maioria dos procedimentos este valor está expresso em CH (Coeficiente de honorário). Em algumas situações (Consultas ambulatoriais) este valor está expresso em reais;

a. Como já foi mencionado os procedimentos valorados em CH, o preço final é obtido pelo produto entre a quantidade de CH vezes o valor do CH do prestador;

8. **Quantidade de Auxiliares:** Representa a quantidade máxima de auxiliares de cirurgia remunerados por cada procedimento operatório.
- A remuneração dos auxiliares dependerá diretamente do registro da participação dos mesmos no relatório de cirurgia;
  - Nos casos de cirurgias múltiplas o Planserv remunera de acordo a quantidade de auxiliares de cada procedimento, respeitando-se a proporcionalidade da via de acesso. Exemplo: Se ocorrerem num mesmo ato operatório dois procedimentos por mesma via de acesso, sendo que o primeiro contempla até 03 auxiliares e o segundo procedimento contempla dois, a cobrança deve ser: Para o primeiro procedimento cobrar 03 auxiliares integral, para o segundo cobrar 02 auxiliares com 50% (mesma via de acesso);
9. **Porte Anestésico:** Representa o porte de remuneração do honorário do anestesiológico.
- Nos casos de cirurgias múltiplas a remuneração segue a mesma lógica de proporcionalidade de via de acesso utilizada para remunerar a equipe cirúrgica;
  - Não há diferença de remuneração em honorários médicos para acomodação enfermagem e apartamento;
  - Para fins de remuneração em anestesiologia cada CH corresponderá a R\$1,00.
  - Para cada porte o Planserv tem uma remuneração específica sendo:
10. **Valor do Porte Anestésico:** Corresponde aos valores em Reais de cada porte anestésico, conforme tabela abaixo:

PORTES	VALOR R\$
Porte 1	109,67
Porte 2	160,52
Porte 3	236,26
Porte 4	349,30
Porte 5	753,99
Porte 6	753,99
Porte 7	1.072,75
Porte 8	1.415,27

11. **Quantidade de Filme / M2:** Os procedimentos radiológicos podem conter remuneração do filme. Este campo demonstra qual a quantidade de filme, em metros quadrados, que o Planserv remunera em cada procedimento;
12. **Valor do Filme:** Valor em Reais pago pelo filme em cada procedimento.
- O valor final pago pela remuneração do filme é obtido pelo produto da quantidade de filme em metros quadrados apresentados nesta tabela, vezes o valor do metro quadrado do filme radiológico (R\$ 21,70). O valor do filme deve ser acrescido ao valor pago no procedimento.

13. **Valor em Reais:** Informa qual o valor em Reais de cada procedimento. Representa o produto da quantidade de CH vezes o valor da CH de cada prestador. A primeira coluna registra o valor dos prestadores que tem CH variável no valor de R\$ 0,20, enquanto que a segunda coluna traz o valor dos prestadores que tem CH variável de R\$ 0,22.
14. Esta tabela contempla os honorários dos diversos profissionais de saúde, a exemplo de médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos;
15. Não são cobertos pelo Planserv, conforme Decreto nº 9.552: tratamento clínico ou cirúrgico experimental. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;
16. Os procedimentos não descritos nesta tabela não fazem parte do Rol de Cobertura do Planserv, portanto não podem ser autorizados e nem cobrados, a exemplo de: Ultrassonografia intra-coronária, radioterapia IMRT, radioterapia estereotáxica, embolização de mioma uterino, foto vaporização prostática a laser Green-Light, dentre outros;
17. Alguns procedimentos constantes neste Rol também apresentam cobertura criterizada. Estes critérios são definidos em Diretriz, Parecer ou Orientações de Cobertura. É o que ocorre, por exemplo, com a Angiotomografia de Coronárias, conforme descrito na parte “Orientações Específicas” desta tabela;
18. A criterização para cobertura ou não de determinado procedimento baseia-se no que está disposto no Decreto nº 9.552/2005, na análise das evidências fornecidas pela literatura científica e na avaliação administrativa (custo-efetividade e impacto econômico) de cada procedimento;
19. Os procedimentos remunerados sob a forma de valor referencial (pacote) têm modelos de codificação e remuneração diferentes aos constantes nesta tabela;
20. Já estão inclusos nos valores dos exames complementares constantes nesta tabela, os custos operacionais necessários à realização do procedimento, a exemplo de seringas, algodão, agulhas, gazes e luvas. Não estão inclusos os valores dos filmes, contrastes e materiais especiais de alto custo;
21. Esta tabela será reavaliada periodicamente, podendo ser alterada pela equipe técnica competente, sempre que se julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o seu conteúdo;

#### **Das Condições de Internação**

22. Esta Tabela constitui referência para os casos de internação em acomodações coletivas (enfermarias ou quartos com dois ou mais leitos). Beneficiários cadastrados em Plano Básico utilizam acomodação coletiva (enfermaria), enquanto que beneficiários cadastrados em Plano Especial, utilizam acomodação individual (Apartamento);
23. Pacientes do Plano Especial, quando estiverem internados (sejam em apartamento ou unidades intensivas) os procedimentos de Visitas Hospitalares e Procedimentos Cirúrgicos e Intervencionistas

(Grupo H) serão acrescidos em 100% (cem por cento), excetua-se a esta regra os honorários de anestesiologia;

24. Os atos médicos ambulatoriais e/ou de diagnose (SADTs) e/ou com agrupamento diferente de C (Visitas Hospitalares) ou H (Procedimentos Cirúrgicos ou Intervencionistas) não estão sujeitos às condições do item anterior;

### **Dos Procedimentos Cirúrgicos**

25. O Planserv não prevê acréscimo de remuneração de 30% para urgências e de emergências;
26. Os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até **SETE** dias após o ato cirúrgico;
27. Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso, o Honorário da cirurgia será o da que corresponder, por aquela via, ao maior número de CH acrescido de 50% do valor dos outros atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto;
28. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, serão adicionados ao preço da intervenção principal 70% do valor referente às demais;
29. Quando ocorrerem múltiplas intervenções, com procedimentos realizados por mesma via e por vias diferentes, deverá ser adicionado ao procedimento principal 70% do valor referente aos procedimentos que tiverem via de acesso diferente, e 50% para os que tiverem mesma via;
30. Quando duas equipes completamente distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma delas, de acordo com o previsto nesta tabela (100% para ambas as equipes);
31. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, remunerar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal. Como exemplo, citamos a cirurgia de gastrectomia total que envolve necessariamente a realização da gastroenteroanastomose e, neste caso, caberá a cobrança apenas da gastrectomia total (ato principal);
32. Para os procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirúrgicos complementares em momentos diferentes, caberá a cobrança de novos valores, cada qual como um novo ato;

### **Dos Auxiliares de Cirurgia**

33. Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão fixados nas proporções de 30% dos honorários do cirurgião para o 1º auxiliar e 20% para o 2º e 3º (quando o caso exigir) e deverão ser pagos de forma complementar aos honorários do cirurgião;
34. O Planserv não remunera o profissional INSTRUMENTADOR;



35. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares irá variar de acordo com o porte de cada procedimento, e a remuneração desses auxiliares será calculada conforme descrito no item 07;

#### **Da cirurgia por vídeo**

36. O Planserv não remunera valor adicional aos honorários médicos para os procedimentos cirúrgicos realizados por vídeo;
37. O Planserv não remunera o procedimento de Hérnia Umbilical nas cirurgias vídeo-laparoscópicas. Entendemos que a transfixação percutânea da região umbilical e sua reparação ao final da cirurgia, nos procedimentos vídeolaparoscópicos, é parte integrante do procedimento principal, portanto não cabendo sua remuneração adicional. Excetua-se a esta regra os casos onde o paciente já era comprovadamente portador de hérnia umbilical antes do procedimento vídeo-laparoscópico, cujo anel herniário tenha diâmetro maior ou igual a 11 mm. Para estes casos o Planserv poderá realizar perícia prévia (ver parecer técnico sobre o tema);

#### **Anestesiologia**

38. Em procedimentos múltiplos o Planserv remunera 100% do porte do procedimento principal e 70% ou 50% do porte dos demais procedimentos, a depender a via de acesso;
39. Na ocorrência de procedimentos múltiplos a remuneração do anestesiológico ocorrerá apenas para os procedimentos com porte previstos na tabela. Caso dentre os procedimentos múltiplos realizados haja um ou mais procedimentos que não tenha porte previsto na tabela, estes não contemplarão remuneração ao anestesiológico;
40. Para os procedimentos nos quais não está previsto Porte de Anestesia na tabela, e sendo necessária a presença do anestesiológico (devidamente justificada), será atribuído Porte 2 para os procedimentos Diagnósticos e Porte 3 para os procedimentos Intervencionistas (cirúrgicos);
- a. Para realização desta cobrança deverá ser solicitado previamente ao Planserv a autorização dos códigos de **“ANESTESIA EVENTUAL PARA PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS - SEM PORTE NA TABELA”**, códigos 16.08.005-0 e **“ANESTESIA EVENTUAL PARA PROCEDIMENTOS INTERVENCIONISTAS - SEM PORTE NA TABELA”**, códigos 16.08.006-8;
  - b. Nota: Exclui-se a esta regra os procedimentos de Ressonância Magnética, os quais apesar de serem conceitualmente diagnósticos, deverá ser utilizado o código 16.08.006-8 de **“ANESTESIA EVENTUAL PARA PROCEDIMENTOS INTERVENCIONISTAS - SEM PORTE NA TABELA”**;
41. Nos casos de procedimentos múltiplos, em que nenhum deste esteja contemplado com a cobrança do porte anestésico na tabela, mas que se faça necessária a presença do anestesiológico, deverá ser

- cobrado o valor de **UM** (e tão somente um) Porte 03 independente se os procedimentos são diagnósticos ou cirúrgicos. Não poderá ser cobrado um porte anestésico para cada código do conjunto;
42. O Planserv não remunera auxiliar de anesthesiologia independente da complexidade do procedimento;

#### **Medicina Intensiva – UTI**

43. Estão incluídos nos honorários do plantonista: Intubação, assistência ventilatória, acesso venoso central (qualquer finalidade), monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e cardioversão;
44. Nos honorários do plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso para diálise (peritoneal ou hemodiálise), implante de marca-passo, traqueostomia e acesso vascular para PAM. Tais procedimentos são valorados à parte, de acordo com o estabelecido nesta Tabela.

#### **Do Acesso Venoso Central**

45. A codificação adotada pelo Planserv para os procedimentos relacionados ao implante de cateter venoso central foi elaborada levando-se em consideração os diversos tipos existentes deste dispositivo. Quando o procedimento realizado for o acesso venoso central habitual, será autorizado o código 39.03.015-6 (Implante de Cateter Venoso Central Não Tunelizado – tipo Intracath ou Sorensen). A retirada desses cateteres não é codificada (procedimento não remunerado);
46. O código 39.03.001-6 (Dissecção de Veia ou Colocação de Cateter Venoso) contempla as dissecções periféricas e colocação de cateter venoso central inserido perifericamente;
47. Quando o procedimento de acesso venoso utilizar cateteres de maior permanência e tunelizados, o Planserv autorizará o código 39.09.003-5 “Implante de Cateter Venoso Central - Tunelizado (Tipo Hickman ou PermCath)”. A retirada desse tipo de cateter será autorizada através do código 39.09.005-1 (Retirada de Cateter Venoso Central Tunelizado – tipo Hickman ou Permcath);
48. Quando o procedimento realizado for o implante de cateter permanente totalmente implantável, será autorizado o código 39.09.007-8 “Implante de Cateter Venoso Central totalmente Implantado – (Tipo Porto-Cath)”. **Exceção faz-se a este procedimento realizado por cirurgião vascular em Centro cirúrgico e hemodinâmica.** A retirada deste tipo de cateter será autorizada através do código 39.09.008-6 (Retirada de Cateter Venoso Central Totalmente Implantável- tipo Port-o-Cath);
49. Para a confecção de fístula arteriovenosa (FAV), serão autorizados os códigos 39.09.001-9 “Fístula Arteriovenosa Direta” e 39.09.002-7 “Fístula Arteriovenosa Com Enxerto”. A desativação destas fístulas será autorizada através do código 39.09.006-0 “Desativação de Fístula Arterio- Venosa FAV”;

## Dos exames de Radiodiagnóstico

50. Quando forem realizados mais de um exame radiológicos em mesmo ato (em duas ou mais regiões diferentes), a remuneração será:
- Para exames de Raio-X será remunerado o valor integral (100%) para todos os procedimentos realizados;
  - Para os exames de tomografia, será remunerado 100% para o procedimento principal, 70% do segundo exame (segunda área) e 50% para as demais áreas;
  - Para os exames de Ressonância, será remunerado 100% para o procedimento principal e 80% para as demais áreas;
51. O valor pago pelo exame já contempla honorário médico, a utilização dos equipamentos necessários para realização do exame, custos operacionais e o conjunto de insumos básicos necessários para realização do mesmo. Além da remuneração do exame o prestador ainda poderá cobrar o Filme Radiológico (quando registrado na tabela) conforme o item 09 deste documento;
- Pode ser cobrado além do valor do exame a utilização de contrastes conforme tabela de medicamentos Planserv;
  - Nos casos de exames realizados sob sedação, poderão ser cobrados de forma complementar os honorários do anestesologista (conforme item específico deste documento) e ainda os medicamentos anestésicos utilizados na sedação. NOTA: Os insumos básicos (como gaze, seringas, algodão, etc.) não poderão ser cobrados de forma complementar;
  - A utilização eventual de algum material especial deverá ser precedida de solicitação prévia para análise do Planserv;
52. O código 36010324 (RNM de tornozelo e pé – inclui Artroressonância – unilateral) já incluem ambos os segmentos. Desta forma, não poderá ser cobrado em duplicidade, quando for solicitado RNM do pé e do tornozelo (unilateral);
53. Orientações sobre o código 41001141 referente à Tomografia Computadorizada Das Articulações - Com ou sem contraste Joelho / Cotovelo / Conjunto Tornozelo e Pé / Conjunto Punho e Mão / Conjunto Esterno clavicular e Ombro /Conjunto Sacro ilíaca e Coxofemoral - Unilateral”.
- Este código contempla as articulações conjuntas. Exemplo: No caso de Punhos E Mãos o código deve ser cobrado apenas uma única vez;
  - Este código não contempla articulações distintas. Exemplo: Caso seja necessária a realização de TC de Ombro Direto e Cotovelo Direito, o prestador poderá cobrar o código vezes dois;
54. O valor estabelecido para RNM das articulações (ombro, joelho, mão/punho, pé/tornozelo) já contempla a artro-ressonância, não cabendo a solicitação dos dois exames separadamente (ex. RNM ombro + Artro-ressonância ombro);

55. Para os procedimentos intervencionistas (ex. punção biópsia) guiados por exames de imagem (RX/USG/TC/RNM) deverão ser cobrados o código referente ao ato da coleta de punção biópsia aspirativa por agulha fina e o código referente ao respectivo exame de imagem (RX/USG/TC/RNM), quando tais exames forem realizados por profissionais diferentes. Se forem realizados pelo mesmo profissional, deverá ser cobrado o código único que já inclui os valores do ato da coleta e do exame de imagem, como, por exemplo, o código 33012709 – Punção ou Biópsia Percutânea da Tireóide guiada por USG (inclui a USG);
56. Os códigos dos procedimentos de punção ou biópsia percutânea guiada por ultrassom (USG) da mama, tireóide e próstata já incluem o exame ultrassonográfico e a punção de até três lesões. Citamos, como exemplo, o código 33012695 – Punção ou Biópsia Percutânea da Mama – até três lesões – Guiado por USG (inclui a USG). Caso haja mais de três nódulos, deverá ser cobrado o código correspondente multiplicado por dois ou mais, a depender da quantidade total de nódulos. Exemplo, se existirem cinco nódulos mamários, deverá ser cobrado o código 33012695 duas vezes;
57. Os procedimentos de angiografia de vasos periféricos e viscerais são remunerados sob a forma de valor referencial (pacote). Para o cálculo do valor destes procedimentos, foi adotada a orientação da CBHPM, que inclui a arteriografia de controle de forma complementar aos procedimentos intervencionistas;
58. Para os exames angiográficos não contemplados em pacotes, há duas situações:
- 52.1. Quando durante uma angiografia diagnóstica (sem angiografia prévia recente) se tornar necessária a realização de uma intervenção terapêutica, deverão ser autorizados o código referente à “arteriografia diagnóstica” e o código referente ao “procedimento terapêutico”. Exemplificando: quando durante uma arteriografia de carótida for detectada uma estenose arterial com indicação de angioplastia, serão autorizadas a angiografia diagnóstica por cateter e a Angioplastia Transluminal por Vaso;
- 52.2. Quando o paciente já tem diagnóstico angiográfico prévio e necessita realizar um procedimento terapêutico, serão autorizados os códigos de “Angiografia Trans-Procedimento Intervencionista – pré, intra e pós” e o código do procedimento principal. Exemplificando: se um paciente tem trombose venosa profunda e é submetido a um implante de filtro de veia cava, deverá ser cobrado o código 32.13.072-4 - “Angiografia Trans-Procedimento Intervencionista – pré, intra e pós” e o código referente ao procedimento principal, neste caso, o implante de filtro de veia cava;
59. Quando forem realizadas angiografias seletivas, não caberá a cobrança concomitante do código correspondente à angiografia do vaso principal. Por exemplo: se for realizada uma arteriografia renal, não caberá a cobrança do código de aortografia, mas apenas o da arteriografia renal, da mesma forma que para a realização de angiografia de carótidas não caberá a cobrança de angiografia de arco aórtico;
60. PET-CT: O exame de Pet Ct (Inclui Honorários, Serviços e Insumos) passa a ter cobertura assistencial do Planserv a partir da vigência deste documento, para as seguintes patologias:

- a. Câncer de Pulmão Não Pequenas Células, para estadiamento e re-estadiamento;
- b. Linfomas estadiamento, re-estadiamento e recidiva;
- c. Avaliação de metástases ressecáveis de pulmão e fígado em doentes com câncer cólon-retal;
- d. NOTA: Ver os critérios bem definidos de cobertura deste exame para cada uma das patologias acima, no parecer que define pela incorporação desta tecnologia, publicada no site Planserv;

#### **Da Fisioterapia**

- 61. Os códigos de fisioterapia foram estruturados utilizando como referência a tabela COFFITO, que estratifica a assistência fisioterapêutica por categoria e por níveis de complexidade. O Planserv preservou a estratificação por categoria, porém, para simplificar o processo operacional, sintetizou em um único código os quatro níveis de complexidade preconizados pelo COFFITO;
- 62. Os códigos foram selecionados em concordância com a patologia clínica apresentada pelo paciente e de acordo com as técnicas fisioterapêuticas utilizadas;
- 63. Os procedimentos do sub-grupo 25.01 referem-se a exames fisiátricos, não sendo passíveis de cobrança por fisioterapeuta, à exceção do código 25010050 (exame muscular – teste funcional);
- 64. Os códigos referentes aos procedimentos fisioterápicos (25.02 a 25.11) são exclusivos para fisioterapia ambulatorial. Eles não podem ser cobrados para pacientes em regime de internação hospitalar, visto que, nesta condição, a cobrança deverá ser feita conforme regra específica definida na tabela sintética (plantão de 12 ou 24h);
- 65. Não poderá ser cobrado mais de um código por sessão ou por dia para o mesmo paciente;
- 66. As sessões de fisioterapia contemplam tanto as técnicas com finalidade preventiva quanto aquelas com finalidade de recuperação funcional de lesões;

#### **Da Fonoaudiologia**

- 67. O Planserv oferece cobertura para fonoaudiologia apenas para pacientes internados (a nível hospitalar ou domiciliar) e que preencham critérios de elegibilidade pré-definidos;
- 68. Os códigos referentes a esta especialidade são o 0001600-4 “Consulta ou Sessão de Fonoaudiologia em Internação Hospitalar” e o 0001699-3 “Consulta ou Sessão de Fonoaudiologia em Internação Domiciliar” e serão autorizados somente após avaliação da equipe técnica e parecer favorável da Comissão Autorizadora deste Sistema de Assistência à Saúde;
- 69. Serão autorizadas até 10 sessões por internação, sendo permitida a prorrogação limitada a mais 30 sessões, quando solicitada pelo médico assistente e validada pela comissão médica autorizadora ou pela equipe do NAD (Núcleo de Atenção Domiciliar) nos casos de terapias que excedam a quantidade estipulada;

70. As prorrogações serão autorizadas a cada 10 sessões, mediante análise, pelo setor competente, dos relatórios do médico assistente e do fonoaudiólogo, onde conste o prognóstico do paciente e a justificativa para a prorrogação do tratamento;

#### **Da Consulta Oftalmológica**

71. A consulta oftalmológica consiste em anamnese, inspeção, refração, exame das pupilas, acuidade visual, avaliação da refração, avaliação da motilidade ocular, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia (inclui Tonometria), exame sumário da motilidade ocular e senso cromático;
72. Para os procedimentos considerados binoculares, não caberá cobrança em duplicidade dos respectivos códigos;
73. Para autorização do procedimento cirúrgico de correção de ptose palpebral, será necessária a realização prévia de perícia médica;

#### **Anatomia Patológica**

74. Considerando que os procedimentos diagnósticos em Anatomia Patológica contemplados no Rol De Procedimentos do Planserv já estavam em desalinhamento com nomenclaturas e orientações atuais; Considerando a publicação da “Cartilha de Instruções da CBHPM 2015” com orientações específicas da especialidade de Anatomia Patológica, expedida pela Sociedade Brasileira de Patologia; O Planserv decidiu realizar uma revisão destes procedimentos em seu Rol, a fim de alinhar com práticas atuais e adequando às necessidades específicas deste plano de assistência. Ressalta-se que os documentos acima mencionados (Cartilha de Instruções e CBHPM) serviram de referência para nossa reavaliação, não sendo, entretanto, cópia deste documento, ou compromisso de seguir necessariamente as orientações destes. Após uma primeira publicação, o Planserv reuniu-se com prestadores de Anatomia Patológica e promoveu novos ajustes destes procedimentos;
75. Nesta revisão, alguns procedimentos anteriormente contemplados foram excluídos, outros tiveram seus textos ou valores alterados, e novos procedimentos foram incluídos, e outros tiveram alterações nos parâmetros de autorização prévia e re-execução. É importante que os prestadores estejam devidamente atentos a estas normas.
76. Os procedimentos elencados neste segmento só poderão ser realizados e cobrados por especialistas em Anatomia Patológica devidamente habilitados frente ao Conselho de Medicina e devidamente credenciados ao Planserv.
77. O conceito principal que dá lastro a remuneração dos procedimentos em anatomia patológica é o “Procedimento Diagnóstico” e não necessariamente a quantidade de lâminas, fragmentos ou frascos.

78. O código 21.02.001-9 “Citologia De Meios Líquidos e Esfregaços Por Nódulo, Cisto, Tumor, Lesão, Segmento Anatômico ou Órgão (Independente da Qtdª de Lâminas ou Frascos)”, como o próprio texto já esclarece, deve ser utilizado/cobrado conforme a lesão (ou seja, por diagnóstico).

- a. Em caso onde há mais de um nódulo ou lesão (ainda que do mesmo órgão ou segmento anatômico), exemplo: Encaminhado material anatômico para diagnóstico de um nódulo e um cisto de mama esquerda – Neste caso cabem a cobrança de duas vezes o código (duas lesões distintas);
- b. Em caso onde foi encaminhado mais de um fragmento de um mesmo nódulo ou lesão, exemplo: Encaminhado dois fragmentos em frascos distintos, de nódulo de mama esquerda – Neste caso este código só poderá ser cobrado uma única vez;
- c. Em caso onde não há necessariamente uma lesão ou tumor, mas sim material de punção de área anatômica ou órgão, utilização/cobrança deve respeitar as segmentações anatômicas. Exemplo: Tireóide, este código poderá ser utilizado/cobrado até 03 vezes, referente a Lobo esquerdo, direito e istmo. NOTA: Em caso de mais de um material da mesma área (02 punções do mesmo lobo) remunera-se este código apenas uma vez;
- d. Este código é habitualmente utilizado nos seguintes materiais:
  - i. Escovado brônquico / Lavado bronquíolo-alveolar;
  - ii. Líquido pleural;
  - iii. Líquido pericárdico;
  - iv. Secreção mamária ou descarga papilar;
  - v. Líquido ascítico;
  - vi. Líquor (líquido cefalorraquidiano);
  - vii. Líquido obtido de cistos mamários, ovarianos, etc.;
  - viii. Outros Líquidos Corporais Equivalentes aos Descritos Acima;
  - ix. Lâminas com material citológico de estruturas sólidas (PAAF);

79. A mesma orientação anterior serve ao código 21.02.002-7 “Proc. Diag. Biópsia De Fragmento De Pele (Extirpada Por Punch) ou Mucosa (Por Lesão ou segmento anatômico)”, aceita-se a cobrança deste código em mais de uma vez, se os fragmentos da pele forem de segmentos anatômicos distintos (exemplo: Braço esquerdo e dorso);

80. O código 21.02.004-3 Estômago, não contempla a coloração especial H. Pylori. Quando realizada esta coloração deve ser cobrada adicionalmente. Obs.: O Planserv só contempla a coloração especial H. Pylori para fragmentos de estômago (esôfago e duodeno, não).

81. O código 21.02.004-3 “Proc. Diag. Biópsia Simples De Fragmento (os) De Estômago (Antro ou Corpo ou Fundo - Obtido Por EDA)” contempla a análise de um ou mais fragmentos por segmento gástrico. Este código deverá ser utilizado/cobrado uma única vez. Cobrança adicional só estará justificada se houver

lesão documentada adicionalmente às três regiões anatômicas já contempladas. Nota: A coloração especial para o *Helicobacter Pilory* acompanha a mesma orientação.

82. Cabe ressaltar que não poderá ser cobrado o código “Coloração Especial Para *Helicobacter Pilory* (Independente de Fragmentos)” quando o procedimento realizado em questão tenha sido o “Teste Rápido” (Tipo teste de Urease) para identificação do HP nas unidades de EDA.
83. O código 21.02.006-0 “Proc. Diag. Biópsia Simples De Fragmento (os) Ou Pólipo (os) Por Segmento do Sigmóide ou Cólon (Ascendente ou Transverso ou Descendente ou Sigmóide ou Reto - Obtido Por Colonoscopia)” segue mesma orientação do estômago. Este código poderá ser utilizado/cobrado até 05 vezes por paciente/por exame, se houver fragmento dos 05 segmentos do Cólon-Sigmoide-Reto (cólon ascendente, transverso, descendente, sigmóide e reto). Entretanto, se houverem mais de um fragmento do mesmo segmento colônico, este código deve ser utilizado/cobrado uma única vez;
84. 21.02.011-6 Proc. Diag. Core Biopsia Da Próstata (Independente da Quantidade de Fragmentos ou Frascos). Esse código tem uma lógica de remuneração diferente da anterior e deve ser usado para remuneração de biópsia de próstata. Independentemente do número de fragmentos;
85. 21020124 Proc. Diag. Tumor Ou Segmento Incisional Ou Excisional De Pele E/Ou Tecido Subcutâneo (Não Oncológico). Esse código deve ser usado para remuneração de biópsia incisional ou excisional de pele ou subcutâneo por lesão.
86. A utilização do código 21.03.005-7 “Coloração Especial - Outras (Independente de Fragmentos)” deverá sempre ser justificada tecnicamente pelo prestador;
87. A utilização e cobrança do código 21.03.010-3 “Painel De Imunohistoquímica Da Mama – Prognóstico (Contempla 06 Anticorpos) ” deverá sempre ser justificada tecnicamente pelo prestador;
88. O código 21.03.029-4 “Imunohistoquímica – Anticorpo Adicional Ao Painel” só poderá ser utilizado complementar ao Painel de Imunohistoquímica (nunca em substituição ao painel). A utilização deste código deverá sempre ser justificada tecnicamente pelo prestador;
89. 21020310: Proc. Diag. Biópsia Simples De úlcera, pólipo ou tumor de Esôfago (Obtido Por EDA) - O código deverá ser cobrado de acordo com o número de úlceras, pólipos ou tumorações investigadas documentadas na macroscopia e na microscopia;
90. 21020329: Proc. Diag. Biópsia Simples De úlcera, pólipo ou tumoração de Estômago - O código deverá ser cobrado de acordo com o número de úlceras, pólipos ou tumorações investigadas documentadas na macroscopia e na microscopia;
91. 21020345: Proc. Diag. Biópsia Simples De úlcera, pólipo ou tumoração de Cólon, reto ou ânus - O código deverá ser cobrado de acordo com o número de úlceras, pólipos ou tumorações investigadas documentadas na macroscopia e na microscopia;
92. 21020337: Proc. Diag. Biópsia Simples De úlcera, pólipo ou tumor De Duodeno (Obtido Por EDA) - Conforme descrito, o código deverá ser cobrado de acordo com o número de úlceras, pólipos ou tumorações investigadas documentadas na macroscopia e na microscopia;



93. Abaixo, publicamos um quadro com orientações, de quais procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica devem ser usados, nas respectivas peças anatômicas:

PROC. DIAGNÓSTICOS	PEÇAS ANATÔMICAS
<b>21.02.012-4: Proc. Diag. Tumor Ou Segmento Incisional Ou Excisional De Pele E/Ou Tecido Subcutâneo (Não Oncológico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Cistos sebáceos;</li> <li>o Nevus;</li> <li>o Papilomas;</li> <li>o Verrugas (uma ou mais lesões);</li> <li>o Liquen;</li> <li>o Molusco contagioso (um ou mais fragmentos);</li> <li>o Lipoma;</li> <li>o Úlceras (um ou mais fragmentos);</li> <li>o Outras Peças Anatômicas Equivalentes às Descritas Acima;</li> </ul>
<b>21.02.018-3: Proc. Diag. Peça Anatômica Simples ou Complexa Por Nódulo, Tumor, Segmento Anatômico ou Órgão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Apêndice Cecal;</li> <li>o Fibroadenoma - Cada;</li> <li>o Mioma – Cada;</li> <li>o Tumor Benigno Isolado;</li> <li>o Amígdala (cada);</li> <li>o Adenóide (cada);</li> <li>o Trompa (tuba) Uterina (cada);</li> <li>o Cornetos Nasais;</li> <li>o Divertículo do Cólon;</li> <li>o Amputação de Dedos (Quirodáctilos ou Pododáctilos);</li> <li>o Hemorróida;</li> <li>o Saco Herniário;</li> <li>o Vesícula biliar;</li> <li>o Glândula Adrenal;</li> <li>o Ovário (Cada);</li> <li>o Amputação de Pé ou Mão (Inclui dedos);</li> <li>o Útero (Não inclui ovários e trompas);</li> <li>o Testículo (Cada);</li> <li>o Bexiga;</li> <li>o Epíplon;</li> <li>o hipófise;</li> <li>o Outras Peças Anatômicas Equivalentes às Descritas Acima;</li> </ul>
<b>21.02.026-4: Proc. Diag. Das Demais Peças Oncológica (Peça Total, com margens e linfonodos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o histerectomia radical por neoplasia;</li> <li>o amputação de pênis;</li> <li>o laringectomia;</li> <li>o retossigmoidectomia e sigmoidectomia;</li> <li>o colectomia;</li> <li>o cistectomia;</li> <li>o ooforectomia por câncer;</li> <li>o mandibulectomia;</li> <li>o ressecções de órgãos parenquimatosos (segmentos pulmonares, hepáticos, etc.);</li> <li>o enterectomia;</li> <li>o esofagectomia;</li> <li>o nefrectomia;</li> <li>o segmento ósseo com neoplasia maligna;</li> <li>o orquiectomia por câncer do testículo (Exclui orquiectomia por câncer da próstata);</li> <li>o tireoidectomia, lobectomia tireoideana;</li> <li>o exenteração de globo ocular;</li> <li>o pneumectomia, lobectomia pulmonar;</li> <li>o prostatectomia;</li> <li>o pancreatetectomia;</li> <li>o Vulvectomia;</li> <li>o gastrectomia;</li> <li>o melanomas ou para tumores malignos com mais de 3,0 cm;</li> <li>o outras peças anatômicas produtos de cirurgia oncológica;</li> </ul>

### **Outras Disposições**

94. Esta tabela não prevê acréscimo nos valores de honorários médicos para atendimentos de urgência e emergência, independente do horário do atendimento;
95. Conforme o Decreto nº 9.552/2005, que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – Planserv, dentre os procedimentos sem cobertura por este Sistema de Saúde incluem-se, dentre outros, os procedimentos odontológicos, sessões e tratamentos ou qualquer outro procedimento de medicina alternativa, psicologia, fonoaudiologia (à exceção das condições acima descritas) e terapia ocupacional;
96. Considerando que esta tabela teve origem na Tabela ABM é possível que alguns procedimentos estejam previstos por mais de um código da tabela, podendo ser realizados por diferentes especialidades.

### **Orientações Específicas**

1. A cirurgia bariátrica tem cobertura pelo Planserv, sendo remunerada sob a forma de valor referencial (pacote). A autorização para o procedimento está condicionada à perícia médica realizada por equipe própria de endocrinologistas, que irá verificar se o beneficiário preenche os critérios de indicação, conforme definido no Protocolo de Cirurgia Bariátrica do Planserv;
2. O Rol de Cobertura do Planserv prevê a cirurgia plástica reparadora pós cirurgia bariátrica, mediante perícia médica prévia e critérios de autorização definidos em diretriz específica;
3. Há cobertura para a cirurgia plástica reconstrutiva da mama, para aquelas pacientes que tiveram a mama mutilada por câncer;
4. A Mastectomia Profilática ainda não foi incorporada ao Rol de Procedimentos do Planserv, visto que, até o presente momento, as entidades de classe desta especialidade médica não publicaram critérios bem definidos que amparem e instruem esta incorporação;
5. Não há cobertura para as cirurgias plásticas de mama não reconstrutivas, à exceção do tratamento cirúrgico da gigantomastia, que está contemplado no Rol de Procedimentos do Planserv, mediante perícia médica prévia e critérios de autorização definidos em diretriz específica;
6. Há cobertura para o tratamento cirúrgico da ginecomastia, cuja autorização está condicionada ao preenchimento de critérios definidos em diretriz específica;
7. O Planserv assegura o tratamento fisioterápico e cirúrgico da diástase dos retos abdominais. A autorização do tratamento cirúrgico requer perícia médica prévia e preenchimento dos critérios definidos em diretriz específica;
8. Todos os procedimentos de Ultra-Sonografia com Doppler contemplados pelo Planserv referem-se a doppler colorido;

9. Os códigos de Ultra-som com Doppler Colorido de um ou mais órgãos específicos trazem em seu descritivo “Inclui o USG do órgão”, portanto não poderá ser solicitado ou cobrado complementarmente o código do USG convencional daquele órgão;
10. Quando houver a necessidade de realização de ultra-sonografia com Doppler de um órgão ou área topográfica não específica, o prestador poderá cobrar dois códigos, sendo: o código do ultra-som convencional do referido órgão ou área, mais o código 33.01.243-1 “Doppler Colorido de Órgão ou Estrutura Isolada (Não Inclui USG do órgão)”;
11. O procedimento de ultra-som do abdome total contemplado pelo Planserv (código 33.01.223-7) inclui a avaliação da pelve e retro-peritônio (não inclui a avaliação pélvica quando realizada por via endovaginal);
12. O ultra-som do abdome inferior tem códigos separados para os sexos masculinos e femininos;
13. Quando houver a necessidade de avaliação do abdome superior e inferior, o código a ser autorizado pelo Planserv será o “Ultrassom do abdome total”. A autorização ou cobrança dos códigos de ultra-som do abdome superior não poderá ocorrer concomitantemente com os códigos de ultra-som do abdome inferior;
14. Os códigos de ultra-som do globo ocular, com ou sem Doppler, iniciados com códigos 33 são exclusivos de unidades credenciadas para imagem. As unidades de oftalmologia deverão utilizar os códigos iniciados com 50;
15. O ultra-som da próstata quando realizado por via endorretal deverá ser solicitado através do código 33.01.239-3 “Ultrassom Transretal”. Quando este exame for realizado por via transabdominal, o código a ser solicitado será 33.01.225-3 “Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)”. O Planserv não oferece cobertura para “Ultrassonografia Transretal Tridimensional Dinâmico”;
16. Os códigos de ultra-sonografia registrados na tabela de procedimentos médicos do Planserv apresentam cobertura. Contudo, vale ressaltar que alguns destes procedimentos podem ter a cobertura criterizada. Os parâmetros de autorização são da livre opção do Planserv, respeitadas as orientações de seus instrumentos legais reguladores;
17. O procedimento ROLL será remunerado sob a forma de valor referencial (pacote). Este procedimento será coberto apenas para nódulos mamários impalpáveis e com suspeita de malignidade;
18. A Tomografia do crânio inclui a realização de sela túrcica e órbitas. Este código não poderá ser solicitado ou cobrado mais de uma vez (quantidade 01) quando a solicitação da tomografia for para uma ou mais estruturas do crânio;
19. A tomografia computadorizada da face inclui seios da face e articulações temporomandibulares. Não poderá ser solicitado ou cobrado este código mais de uma vez quando mais de uma destas estruturas for objeto do exame;

20. A Tomografia da articulação será cobrada uma única vez para: Articulação esterno-clavicular, ou para ambos os ombros, ou para ambos os cotovelos, ou para ambos os punhos, ou para o sacro-íliaco, ou para articulações coxofemorais, ou para ambos os joelhos, ou para ambos os pés. Contudo, se a necessidade do paciente se resumir em apenas uma articulação (e não bilateral) o prestador poderá cobrar o procedimento integralmente;
21. Quanto à tomografia da coluna vertebral, a codificação da tabela Planserv separa os segmentos da coluna vertebral (cervical, torácica, lombossacra). Cada código de um segmento contempla o total de vértebras daquele segmento (ex: cervical – até 7 vértebras. torácica – até 12 vértebras);
22. A tabela Planserv não comporta códigos para incidências complementares da coluna vertebral;
23. A tomografia do abdome total contempla o abdome superior e inferior. Os códigos de tomografia do abdome superior não serão autorizados associados ao abdome inferior;
24. A tomografia do abdome inferior inclui pelve e bacia;
25. A angiotomografia de coronárias será autorizada seguindo os critérios de indicação estabelecidos na Diretriz elaborada pela equipe técnica do Planserv, com base nas evidências fornecidas pela literatura científica;
26. Os procedimentos de angiotomografia já contemplam a avaliação da tomografia do órgão, e não serão autorizados ambos os códigos conjuntamente. (O código da Angiotomo + o código da tomo do órgão em questão) Exemplo:
  - a. Angiotomografia do crânio: Será realizado **apenas** o código 34.01.023-8 “Angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve) - arterial ou venosa”. Não poderá ser autorizado complementarmente ao código da angiotomografia, o código 34.01.014-9 Tomografia computadorizada de crânio (inclui sela túrcica e órbitas);
27. A RNM das mamas será autorizada seguindo os critérios de indicação estabelecidos na Diretriz elaborada pela equipe técnica do Planserv, com base nas evidências fornecidas pela literatura científica;
28. Assim como na tomografia, a RNM do abdome total contempla o abdome superior e inferior. O código de RNM do abdome total não será autorizado associado aos códigos de abdome superior e/ou inferior;
29. Assim como na Angio-Tomografia, a Angio-Ressonância já contempla a avaliação dinâmica e a avaliação da ressonância convencional do órgão e, desta forma, não serão autorizados ambos os códigos conjuntamente. Exemplo: ParaAngio-Ressonância do crânio, será autorizado apenas o código 36.01.034-0 “Angio-RM (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve) – arterial ou venosa”. Não poderá ser autorizado complementarmente ao código da Angio-Ressonância do crânio, o código 36.01.020-0 “RM de crânio”;
30. De forma semelhante ao que ocorre com a Angio-Ressonância, a Hidro-Ressonância já contempla a avaliação hídrica e a avaliação da ressonância convencional do órgão, e não poderão ser autorizados ambos os códigos conjuntamente. Exemplo: Parauro-Ressonância, será autorizado apenas o código

36.01.037-5 “Hidro-RM (Uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM ou cistografia por RM)”. Não poderá ser autorizado complementarmente ao código da Uro-Ressonância, o código 41101170 “RM do abdome”;

31. Semelhante ao que ocorre com a Hidro-ressonância o código (36.01.042-1 “Colangio-Ressonância (Inclui RM do abdome superior)” já contempla a ressonância do abdome superior, desta forma o código de ressonância do abdome não pode ser cobrado de forma complementar;
32. O código 36.01.026-0 “RM de bacia ou pelve (inclui pênis, bolsa escrotal e articulações sacro-ilíacas)”, conforme indica o descritivo, já contempla a avaliação de pênis, bolsa escrotal e articulações sacro-ilíacas
33. O código 36.01.038-3 “RNM endocavitária (endorretal ou endovaginal)” não poderá ser autorizado complementarmente aos códigos de RM de abdome ou pelve;